ISSN 2224-6150

www.medconfer.com

БЮЛЛЕТЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ИНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦИЙ

Bulletin of Medical Internet Conferences

2013 Том 3 Выпуск 1
2013 Volume 3 Issue 1

Бюллетень медицинских Интернет-конференций

ISSN 2224-6150

2013. Том 3. Выпуск 1 (Январь)

Учредитель журнала – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и Инновации» (Россия, Саратов)

Главный редактор
В.М. Попков, ректор Саратовского государственного медицинского университета (Россия, Саратов)

Зам. главного редактора
Ю.В. Черненков, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Ответственный секретарь
А.Р. Киселев, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Редакционный совет
В.Ф. Киричук, засл. деятель науки РФ, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов),
А.И. Кодочигова, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов),
А.П. Ребров, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов),
Ю.Г. Шапкин, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов).

Редакционная коллегия
Е.В. Андронов, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов),
Е.А. Анисимова, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов),
Н.В. Булкина, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов),
В.И. Гриднев, докт. мед. наук (Россия, Саратов),
И.В. Нейфельд, канд. мед. наук (Россия, Саратов),
О.М. Посненкова, канд. мед. наук (Россия, Саратов),
С.Н. Потахин, канд. мед. наук (Россия, Саратов),
И.Е. Рогожина, доцент, канд. мед. наук (Россия, Саратов),
Д.Е. Суетенков, доцент, канд. мед. наук (Россия, Саратов).

Руководитель Интернет-проекта
И.М. Калмыков (Россия, Саратов)

Технический редактор
А.Н. Леванов (Россия, Саратов)
В.А. Шварц, канд. мед. наук (Россия, Москва)

Адрес редакции:
410033, г. Саратов, просп. 50 лет Октября, 101.
E-mail: info@medconfer.com

Электронная версия журнала – на сайте www.medconfer.com

Общественное рецензирование публикуемых материалов осуществляется на сайте www.medconfer.com.
Материалы публикуются в авторской редакции.
Сведения обо всех авторах находятся в редакции.
© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013

Bulletin of Medical Internet Conferences

ISSN 2224-6150

2013. Volume 3. Issue 1 (January)

Publisher – Limited Liability Company "Science and Innovation" (Saratov, Russia)

Editor-in-Chief
V.M. Popkov, Rector of Saratov State Medical University (Saratov, Russia)

Deputy Chief Editor
Y.V. Chernenkov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Executive Secretary
A.R. Kiselev, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Drafting Committee
V.F. Kirichuk, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia),
A.I. Kodochigova, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia),
A.P. Rebrov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia),
Yu.I. Shapkin, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia).

Editorial Board
E.V. Andronov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia),
E.A. Anisimova, D.Sc., MD (Saratov, Russia),
N.V. Bulkina, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)
V.I. Gridnev, D.Sc., MD (Saratov, Russia),
I.V. Neyfeld, PhD, MD (Saratov, Russia),
O.M. Posnenkova, PhD, MD (Saratov, Russia),
S.N. Potakhin, PhD, MD (Saratov, Russia),
I.E. Rogojina, PhD, MD (Saratov, Russia),
D.E. Suetenkov, PhD, MD (Saratov, Russia).

Head of the Internet Project
I.M. Kalmikov (Saratov, Russia)

Technical Editor
A.N. Levanov, MD (Saratov, Russia)
V.A. Schvartz, PhD, MD (Moskow, Russia)

E-mail: info@medconfer.com

URL: www.medconfer.com

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

XVII Межрегиональная научно-практическая конференция "Гомеопатия и современная медицина"

Информация о конференции 5

Афанасьева Т.Н., Петрова В.Д., Паршина С.С., Головачева Т.В., Князева Н.Ю. Гомеопатический метод лечения с позиции врача-терапевта 6

Воронина Л.Н., Санталова Г.В., Гасилина Е.С., Плахотникова С.В., Шарыпова М.А., Тарасова Л.А., Ефимова И.Л. Иммуномодулирующая терапия хронической врожденной цитомегаловирусной инфекции у детей 7

Долгова Е.М. Правовое регулирование работы врача, использующего гомеопатический метод лечения 8

Долинина Л.Ю. Гомеопатия в лечении аллергического ринита 9

Зарина Н.Н. Возможности и ограничения применения гомеопатических и антигомотоксических препаратов при нарушениях в эндокринной сфере 10

Лялина Е.Г. Лечение методами традиционной медицины острого и хронического панкреатита и сочетанной гастроэнтерологической патологии 11

Ляпина Е.П. Место гомеопатического метода в профилактике и лечении гриппа и ОРВИ 13

Миненко И.А. Нелекарственное лечение дорсалгий 14

Паршина С.С. Особенности назначения препарата Lachesis в практике врача-гомеопата 16

Песонина С.П. Анализ современного состояния лекарственного обеспечения населения россии гомеопатическими препаратами 17

Санталова Г.В., Гасилина Е.С., Валеева Г.Р., Шарыпова М.А., Ефимова И.Л., Плахотникова С.В., Сошникова Л.Н. Внутриутробное инфицирование плода: его прогнозирование у беременных женщин с хроническим течением герпетической инфекции 19

Санталова Г.В., Гасилина Е.С., Валеева Г.Р., Шарыпова М.А., Ефимова И.Л., Плахотникова С.В., Сошникова Л.Н. Оценка состояния здоровья детей, рождённых от герпес-инфицированных матерей 20

Стрельникова О.А., Паршина С.С. Опыт парентерального применения препарата «Траумель С» при ОРЗ, осложнившемся острым гнойным бронхитом 21

Тетерева Т.Г. Диагностика и лечение папилломавирусной инфекциис применением комплекса «ЮПРАНА-Про» 23

Устимова Н.Д. Интернет-зависимые пациенты в практике гомеопатии 24

Устимова Н.Д. Фактор риска с позиции гомеопатии и физиологии 25

Шерина Т.Ф. Выявление этиологических факторов у больных с диагнозом «деформирующая дорсопатия» при помощи комплекса «ЮПРАНА-Про» 26

Шишина Т.Л. Возможности применения простейших психологических методик для гомеопатического назначения 27

Щеникова Е.Ю., Песонина С.П. Основы технологии подготовки педиатров в области гомеопатии в современных условиях 28

Юсупов Г.А. Алгоритм диагностики и лечения при бесплодии с применением комплекса «ЮПРАНА-Про» 29

Агасаров Л.Г. Перспективные комплексные направления рефлексотерапии 30

Белоглазов Д.Н., Лим В.Г. Восстановительная терапия алкогольной полиневропатии 31

Зоричева С. И., Медведева Е.Н. Клинический опыт наблюдения за больными после перенесенного ОНМК на этапе реабилитации в санаторных условиях 33

Комлева Н.Е. , Марьяновский А.А. Реабилитация больных с вертеброневрологическими заболеваниями с учётом коморбидности 35

Крутцов А.С., Романенко В.Ю., Филинова Ю.В. Клиника и комплексное лечение головной боли напряжения 37

Лифшиц В.Б., Рукин Е.М., Симонова Е.А., Творогова А.В. Спектрофототерапия – новый подход к лечению и профилактике 38

Скворцов В.О. Традиционная китайская медицина в практике врача-клинициста 40

Филинова Ю.В., Романенко В.Ю. Возможности гомеосиниатрии в лечении синдрома Костена 41

Французов А.С. Иглоукалывание в профилактике прогрессирования и восстановительном лечении пациентов с миопией 42

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2013. Volume 3. Issue 1

Козлов М.В., Козлов В.И. Применение информационного копирования и частотной обработки для повышения октанового числа бензина (экспериментальная работа) 44

Синицын Н.И., Ёлкин В.А., Бецкий О.В. Принципиальная роль состояния структуры водосодержащей среды биотканей в современных биомедицинских радиоэлектронных нанотехнологиях миллиметрового и терагерцового диапазонов и развитии новых принципов технологий будущего 46

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

Информация о конференции

Сопредседатели оргкомитета:

- Долгова Е.М., председатель Саратовского отделения Российского гомеопатического общества, к.м.н.
- Паршина С.С., зам. председателя Саратовского отделения РГО, д.м.н.
- Черненков Ю.В., проректор ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России по научной работе, д.м.н.
- Третьяченко И.В., консультант отдела профилактической медицины Министерства здравоохранения Саратовской Области

Оргкомитет:

- Афанасьева Т.Н., к.м.н.
- Головачева Т.В., к.м.н.
- Деткова Г.П.

Генеральный спонсор: ЗАО «АРНЕБИЯ», г. Москва

Спонсоры:

- ООО «Биосфера Плюс», г. Саратов;
- ООО «Врачебная косметология», г. Саратов

Участники:

- ГБОУ ВПО Самарский ГМУ Минздрава России, кафедра факультетской педиатрии
- ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
    - кафедра терапии ФПК и ППС,
    - кафедра организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права,
    - кафедра инфекционных болезней,
    - кафедра нервных болезней ФПК и ППС
- Гомеопатический центр «София», г. Саратов
- ЗАО «Арнебия», г. Москва
- ЗАО «Санаторий Октябрьское ущелье», г. Саратов
- Министерство здравоохранения Саратовской области
- Многопрофильная клиника "Сова", г. Саратов
- «Московский гомеопатический центр» ЗАО «Медицинские услуги», г. Москва
- МУЗ «Городская клиническая больница № 1 им. Ю.Я. Гордеева», г. Саратов
- МУЗ «Городская клиническая больница № 9», г. Саратов
- МУЗ «Городская клиническая больница № 12», г. Саратов
- НУЗ Дорожная клиническая больница, г. Саратов
- ОАО «Холдинг «ЭДАС», г. Москва
- ООО "Биосфера Плюс", г. Саратов
- ООО «СФТ центр», г. Москва
- ООО «Центр традиционной медицины «АВЕНА», г. Энгельс, Саратовская обл.
- Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва
    - кафедра нелекарственных методов лечения и клинической физиологии,
    - лаборатория по разработке и внедрению новых нелекарственных терапевтических
    - методов НИЦ,
    - кафедра мануальной терапии
- Российская ассоциация рефлексотерапевтов, г. Москва
- Российское гомеопатическое общество, г. Москва
- Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра реабилитологии ФПК и ПП
- Саратовское региональное отделение Российского гомеопатического общества, г. Саратов
- Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург
- ФБУН Саратовский НИИ сельской гигиены Роспотребнадзора, г. Саратов
- ФГБУН Институт радиотехники и электроники им. В.А. Котельникова Российской академии наук, Саратовский филиал
- ФГБУ РНЦ «Медицинская реабилитация и курортология» Минздрава РФ, г. Москва

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2013. Volume 3. Issue 1

ID: 2013-01-4011-T-1813 Тезис

Афанасьева Т.Н., Петрова В.Д., Паршина С.С., Головачева Т.В., Князева Н.Ю.

Гомеопатический метод лечения с позиции врача-терапевта

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
МУЗ 12 ГКБ, г. Саратов

Несмотря на широкое распространение гомеопатического метода лечения во всем мире, аудитория врачей-аллопатов неоднозначно относится к данному методу лечения.

Нами было проведено анкетирование среди врачей-терапевтов с помощью специально разработанного опросника для выявления информированности врачей о гомеопатии и их заинтересованности в ее клиническом использовании. Анкета заполнялась анонимно и состояла из 17 вопросов.

Особо учитывалась потребность анкетируемых в обучении основам гомеопатии для более широкого внедрения в терапевтическую практику.

Установлено, что 60% врачей-терапевтов имеют представление о гомеопатии и 58% уже использовали гомеопатические препараты в своей работе. При этом, как ни странно, всего 34% опрошенных знакомы с понятием гомотоксикологии и антигомотоксической терапии. 88% считают целесообразным внедрение гомеопатии в клиническую практику.

С удовлетворением следует отметить, что 92% анкетируемых имеют четкое представление о различии гомеопатических препаратов и БАДов. 74% считают возможным сочетанное назначение аллопатических и гомеопатических препаратов, 14% отрицают данное сочетание.

Наиболее важным и интересным представляется нам анализ ответов на вопрос о необходимости получения информации о гомеопатии. 45% врачей считают, что необходимо ввести курс гомеопатии в программу медицинских вузов, 55% считают целесообразным введение курса гомеопатии в программу ФПК. Около 38% опрошенных полагают, что проведение научно-практических конференций по вопросам гомеопатии способствует более широкому внедрению данного метода в практическую медицину.

60% опрошенных заявили, что для планирования работы в их лечебных учреждениях нужен врач-гомеопат.

Обращает на себя внимание, что более трети анкетируемых (36%) заявили о желании работать врачами-гомеопатами.

Проведенное исследование показало, что гомеопатический метод лечения к настоящему времени широко известен среди врачей-терапевтов, вызывает глубокий профессиональный интерес и стремление к получению информации в данной области.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

ID: 2013-01-4011-T-1814 Тезис

Воронина Л.Н., Санталова Г.В., Гасилина Е.С., Плахотникова С.В., Шарыпова М.А., Тарасова Л.А., Ефимова И.Л.

Иммуномодулирующая терапия хронической врожденной цитомегаловирусной инфекции у детей

ГБОУ ВПО Самарский ГМУ Минздрава России

Цель исследования - провести сравнительный анализ эффективности иммуномодулирующих препаратов у детей с хронической врожденной цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВИ).

Дизайн исследования. Обследовано 234 ребенка в возрасте от 1 до 3 лет (мальчики – 62,4%, девочки-37,6%). Диагноз: ЦМВИ врожденная, хроническое течение, был верифицирован во всех случаях. Выделено 6 групп в зависимости от проведенной терапии: первая - дети, получавшие иммуноглобулины (ИГ) цитотект или неоцитотект; вторая - системнуювиферонотерапию; дети третьей группы - цитотект или неоцитотект с вифероном; дети четвертой группы - анаферон; в пятой группе дети получали ИГ и анаферон. Шестая группа была контрольной, в которой назначалась патогенетическая и симптоматическая терапия. Препараты назначались по утвержденным схемам с учетом возраста. До лечения в 100% случаев подтверждалась вирусная репликация (ДНК ЦМВ определялась в крови и моче). При серологическом обследовании методом ИФА JgM к ЦМВ присутствовали в 70,2% случаев, низкоавидныеJg G - в 97,8%. Эффективность проведенной терапии оценивалась через 3 месяца по динамике следующих клинико–лабораторных проявлений: гипертензионно-гидроцефальный синдром (ГГС), гепатоспленомегалия, температурная реакция, лимфаденопатия, показатели ИФА и ПЦР.

Получены следующие **результаты**: в 1-ой группе гипертензионно-гидроцефальный синдром (ГГС) сохранялся у 52,6% детей, гепатоспленомегалия - у 31,6%, субфебрилитет – у 47,4%, лимфоаденопатия – у 36,8% больных. Геном ЦМВ определялся в крови у 34,2% пациентов, в моче - у 81,5% обследованных. Видоспецифические IgM были обнаружены у 9 пациентов (23,7%), а низкоавидные IgG в 31,6% случаев.

Во 2-ой группе проявления ГГС оставались в 64,1% случаев, увеличенные размеры печени и селезенки у 51,3% детей, периферических лимфоузлов в 81,6% случаев; субфебрильная температура в 71,8%. Положительные результаты ПЦР крови были у 35,9%, мочи у 89,1% детей. IgM определялись в 20,5%, низкоавидныеIgG в 43,6% случаев.

В 3-ей группе отмечалась более выраженная положительная динамика по всем изучаемым признакам: ГГС не компенсировался лишь у 20% детей, сохранялись умеренными гепатоспленомегалия в 22,5% случаев, лимфоаденопатия - в 17,5% случаев. Температура нормализовалась у всех пациентов. Маркеры вирусной репликации в крови не определялись, в моче обнаруживались у 32,5% детей. По результатам ИФА сероконверсия IgM в IgG произошла во всех случаях, низкоавидные IGgG не выявлялись.

В 4-ой группе клиника ГГС не изменилась у 75% детей, выраженность гепатоспленомегалии и размеры лимфоузлов оставались прежними у 83,3% и 72,2% больных соответственно. ДНК ЦМВ была обнаружена в крови у 72,2% пациентов, в моче - у всех детей. ВидоспецификиеIGM определялись в крови у 35,5%, низкоавидные IgG у 61,1% пациентов.

В 5-ой группе: ГГС сохранялся в 62,1% случаев, гепатоспленомегалия – в 59,6%, лимфоаденопатия - в 48,6%, температурная реакция - в 54,1%. ПЦР крови была положительной в 32,4%, мочи в 51,4% случаев. Серопозитивными по IgM оставались 27 % больных, низкоавидные IgG выявлялись у 40,5% детей.

В 6-ой группе незначительная положительная динамика отмечалась только в неврологическом статусе.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2013. Volume 3. Issue 1

ID: 2013-01-4011-R-1815 Тезис

Долгова Е.М.

Правовое регулирование работы врача, использующего гомеопатический метод лечения

Саратовское отделение Российского гомеопатического общества
ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права
ООО «Центр традиционной гомеопатии», г. Саратов

Законодательное обеспечение охраны здоровья граждан направлено на достижение одной из главных целей государственной политики – сбережению и укреплению здоровья народа.

Конституция РФ занимает главенствующее положение среди нормативных правовых актов, регулирующих охрану здоровья. В области охраны здоровья конституция исходит из положений Всеобщей декларации прав человека Генеральной ассамблеи, Конвенции о защите основных прав и свобод человека, Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины.

Несмотря на то, что история развития отечественной гомеопатии начинается с 20-х годов XIX века, в 1991 году вышел приказ Минздрава Здравоохранения РСФСР от 01.07.91 № 115 «О развитии гомеопатического метода в медицинской практике и улучшения организации обеспечения населения гомеопатическими лекарственными средствами». Этим приказом определялся новый этап развития гомеопатии в современной России. Гомеопатии было разрешено существовать на хозрасчетной основе. В государственной системе здравоохранения метод не имел права применяться, а, следовательно, отсутствовали государственный контроль качества оказания гомеопатической медицинской помощи населению, система государственной подготовки кадров, плановые, фундаментальные и прикладные научные исследования.

Разрешающим использование гомеопатического метода в практическом здравоохранении явился Приказ Минздравмедпрома РФ №335 от 29.11.95 г. «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении». В этом приказе утверждена нормативная документация, регламентирующая деятельность врача, использующего метод гомеопатии, положение о враче.

К лицензированию традиционной медицинской деятельности по **гомеопатии** могут быть допущены лица, имеющие высшее медицинское образование (лечебное дело, педиатрия, стоматология), сертификат специалиста по одной из лечебных специальностей (или документ, его заменяющий), удостоверение об общем усовершенствовании в области гомеопатии в объеме не менее 216 часов и по истечении каждых 5 лет – документ о повышении квалификации по гомеопатии в объеме не менее 72 часов.

Общее усовершенствование по гомеопатии и повышение квалификации должны осуществляться в соответствии с Унифицированной программой, утвержденной Минздравом России. Лицензия на медицинскую деятельность на основании Приказа №99 – ФЗ от 4.05.2011 г. выдается бессрочно.

В целях обеспечения прав граждан на конфиденциальность информации о факте обращения за медицинской помощью и иных передаваемых им при обращении за медицинской помощью сведений, с пациентами заключается договор в соответствии с Федеральным Законом **«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»** № 323 от 23.11.11 г., «О защите прав потребителей» № 2300-1 от 17.12.1992, а также пациент дает согласие на обработку его персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных». Обязательным является получение информированного добровольного согласия на использование гомеопатического метода лечения.

В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка проведения аттестации рабочих мест по условиям труда» № 342 от 26.04.2011 г. проводится аттестация рабочего места врача, использующего гомеопатический метод лечения в целях оценки условий труда на рабочих местах и выявления вредных и (или) опасных производственных факторов, а на основании Приказа Минздравсоцразвития России №302н от 12 апреля 2011 г. «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» проводятся медицинские осмотры.

Таким образом**,** действующие федеральные законодательные акты не препятствуют деятельности врача, использующего гомеопатический метод лечения при оказании первичной медицинской помощи.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

ID: 2013-01-4011-R-1816 Краткое сообщение

Долинина Л.Ю.

Гомеопатия в лечении аллергического ринита

Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Лечение аллергических заболеваний, в том числе аллергического ринита (АР) и бронхиальной астмы (БА) остается одной из важнейших проблем здравоохранения в мире. Показатель распространенности ринита возрос за последние 10 лет в 1,5-2 раза. В результате эпидемиологических исследований доказана тесная связь этих заболеваний. Так, в 80-98% больных БА имеют АР и до 40-56 % больных с ринитом страдают БА (Сергеева Г.Р., 2003; Rimplea A.H. et al., 1995). Обнаружено, что АР в большинстве (32-64%) случаев предшествует БА и является фактором риска ее развития (Leynaert B. et al., 2000). Исходя из важности проблемы диагностики и лечения АР, а также его частого сочетания с БА в 2001 году членами рабочей группы экспертов ВОЗ была принята программа «Аллергический ринит и его влияние на астму» (ARIA), в которой были сформулированы основные принципы диагностики и лечения АР, в том числе и при его сочетании с БА.

В настоящее время АР определяется как заболевание с характерным симптомокомплексом, возникающее после контакта с аллергеном и обусловленное IgE–опосредованным воспалением слизистой оболочки носа. Симптомы АР включают ринорею, назальную обструкцию, зуд носа, чихание, которые обратимы спонтанно или под влиянием лечения (ARIA, 2001). Новая классификация АР учитывает продолжительность симптомов, степень их выраженности и качество жизни пациентов. В зависимости от продолжительности симптомов АР подразделяется на интермиттирующий (симптомы менее 4 дней в неделю или менее 4 недель в год) и персистирующий (симптомы более 4 дней в неделю или более 4 недель в год). В зависимости от выраженности симптомов и качества жизни различают легкое течение АР (сон, дневная активность не нарушены, полноценная работоспособность, симптомы не носят мучительного характера) и умеренное/тяжелое (нарушение сна, физической, дневной активности, досуга, отрицательное влияние на труд и учебу, мучительные симптомы) (ARIA, 2001).

Лечение больных с АР согласно рекомендациям ARIA включает: элиминационные мероприятия, фармакотерапию, иммунотерапию, обучение пациентов и хирургическое вмешательство, которое может применяться в качестве дополнительного средства у отдельно взятых больных. Фармакотерапия персистирующего АР подразумевает под собой постоянное использование одного или нескольких в зависимости от тяжести АР следующих групп препаратов: оральные (лоратадин, дезлоратадин) или топические (ацеластин, левокабастин) антигистамины, оральные (преднизолон, триамцинолон) или интраназальные (беклометазон, будесонид) кортикостероиды, топические кромоны (кромогликат, недокромил), оральные (эфедрин, псевдоэфедрин) или интраназальные (нафтазолин, оксиметазолин) деконгестанты, интраназальные антихолинергические препараты (ипратропиум) и антилейкотриены (монтелуксат, зафирлуксат). Однако сложности современной фармакотерапии персистирующего АР связаны с необходимостью постоянного использования лекарственных средств, обладающих помимо лечебного действия и рядом побочных эффектов, а иногда приводящих и к ятрогении.

В связи с вышесказанным актуальной проблемой современного здравоохранения остается поиск новых лечебных методик и лекарственных средств, наиболее эффективных и безопасных для лечения аллергических заболеваний, к которым относится и АР. Существенно расширить арсенал средств и возможностей лечения АР может введение в терапию различных натуротерапевтических методов, в частности гомеопатического метода лечения.

При лечении АР гомеопатические препараты могут использоваться как в качестве конституциональных, так и в качестве дренажных и патогенетических средств. С точки зрения патогенеза и симптоматики чаще всего назначаются Aconitum**,** Allium cepa,Aralia racemosa,Arsenicum album**,** Arsenicum iodatium, Arum triphyllum**,** Barium carbonicum**,** Chamomilla**,** Cyclamen**,** Eupatorium perfolatium, Euphrasia**,** Iodum**,** Kalium iodatium**,** Kalium muriaticum**,** Mercurius corrosives**,** Mercurius solubilis, Nux vomica**,** Pulsatilla, Sabadilla**,** Sanguinaria, Scilla, Sticta pulmonaria, Sulfur iodatum**,** Thuja.

Кроме того, с патогенетических позиций можно также использовать комплексные гомеопатические препараты (Ринитал, Люффель), в состав которых входят не только часто назначаемые монопрепараты (Aralia racemosa, Arsenicum iodatium, Lobelia inflata), но и средства с редкими гомеопатическими патогенезами (Luffa operculata, Cardiospermum halicacabum, Galphimia glauca). Использование комплексных гомеопатических препаратов позволяет расширить сферу применения гомеопатии в целом и таким образом избежать нежелательных побочных эффектов синтетических препаратов.

Со своей стороны клинический подход в лечении любого хронического, в том числе и аллергического, процесса гомеопатическими средствами обуславливает взаимосвязь эффективности лечения с временными затратами, потраченными на него.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2013. Volume 3. Issue 1

ID: 2013-01-4011-R-1817 Краткое сообщение

Зарина Н.Н.

Возможности и ограничения применения гомеопатических и антигомотоксических препаратов при нарушениях в эндокринной сфере

СПбГПМУ, кафедра реабилитологии ФПК и ПП

Количество больных, страдающих различными эндокринными нарушениями, во всем мире неуклонно увеличивается. Неблагоприятное воздействие экологических, информационных, социальных факторов, перенесенные вирусные заболевания, генетическая предрасположенность - вот далеко не полный перечень мультифакторных причин такой тенденции.

При абсолютно-относительной недостаточности выработки того или иного гормона назначается заместительная терапия, которая позволяет компенсировать заболевание. Однако любые эндокринные дисфункции оказывают негативное влияние как на метаболические процессы во всем организме, так и на эмоционально-личностный фон пациента.

Целесообразность применения гормональной терапии не подлежит сомнению при стабильных нарушениях выработки гормонов, сопровождаемых клиническими симптомами и подтвержденных лабораторными показателями. Однако необоснованная заместительная гормональная терапия нередко приводит к нарушению процессов саморегуляции, и, как следствие, – прогрессированию структурных изменений, причем не только в отдельно взятом органе. Оценивая отдаленные результаты хирургического лечения по поводу удаления узлов щитовидной железы, нередко можно наблюдать прогрессирование фиброзной мастопатии или кистозно-фиброзных изменений генитальной сферы.

Также общеизвестным фактом является то, что при адекватно подобранной инсулинотерапии при инсулинозависимом сахарном диабете, удается стабилизировать углеводный обмен, но зачастую такие грозные осложнения как ретинопатия, нефропатия, полинейроангиопатия и другие, продолжают прогрессировать.

Не всегда удается добиться удовлетворительных результатов и при лечении общепринятыми схемами гипоталамического синдрома пубертатного периода (ГСПП), который включает в себя целый симптомокомплекс нарушений и протекает очень вариабельно.

Перечень нерешенных задач в сфере эндокринных нарушений в современной медицине с помощью аллопатических препаратов можно продолжить.

Таким образом, актуальным является поиск комплементарных методов лечения, расширяющих возможности врачей.

В данной работе мы подробнее хотели осветить возможности гомеопатического и антигомотоксического подходов в решении данной проблемы.

По нашему многолетнему опыту работы с такими пациентами, наиболее эффективным является назначение индивидуально подобранных конституциональных монопрепаратов в средних и высоких разведениях при центральном генезе заболевания. Удается добиться положительной динамикипри четко выявленной этиологии и анализе ответной реакции личности (стрессовые ситуации), при транзиторных нарушениях гормонального фона (период полового созревания, во время беременности и климактерического периода).

Чем ярче и необычнее симптомы, не относящиеся к основному заболеванию, тем больше вероятность назначения правильно подобранного препарата и, соответственно, положительный результат.

Хуже поддаются терапии вялотекущие аутоиммунные нарушения без выраженных клинических симптомов. Однако и в этих случаях удается добиться улучшения качества жизни (коррекция инсомнических, вегетативных дисфункций, снижения уровня тревоги и т.д.).

В антигомотоксической медицине лечение направлено в основном на тканевой и органный уровень. Действие антигомотоксических лекарственных средств не ограничивается частным случаем и, несмотря на приоритет индивидуально подобранных прописей, существует возможность назначения базовых схем лечения по нозологическому принципу.

Это расширяет возможность применения данных препаратов врачами широкого профиля.

По нашему 16-летнему опыту работы с пациентами, страдающими различными аутоиммунными заболеваниями, надо обосновано подходить к назначению суис-органных препаратов. Мы не рекомендуем единовременно при первом назначении «перегружать» пациента обилием коктейлей, содержащих нозоды и органные препараты, т.к. это может вызвать рост антител в крови больного. Необходимо подготовить больного к такой терапии, получить ответ о состоянии его адаптивных возможностей после назначения либо дренажных препаратов, либо монопрепаратов. Хотя, безусловно, выбор остается за врачом.

В заключение хотелось бы подчеркнуть, что как аллопатия, так и гомеопатия и гомотоксикология являются одним из методов, направленных на исцеление больного, улучшение его качества жизни. Каждый из них имеет свои преимущества и ограничения. Чем большим арсеналом знаний «вооружен» врач, тем больше возможностей предоставляется ему для выбора тактики лечения в каждом конкретном случае и тем больше шансов на выздоровления появляется у пациента.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

ID: 2013-01-4011-R-1818 Краткое сообщение

Лялина Е.Г.

Лечение методами традиционной медицины острого и хронического панкреатита и сочетанной гастроэнтерологической патологии

Поликлиника №2 НУЗ ДКБ, г. Саратов

Острый панкреатит является тяжелым заболеванием, нередко с летальным исходом. Высок процент хронизации процесса. Аллопатическое лечение хронических панкреатитов не приносит удовлетворительных результатов. Приводимые ниже методы традиционной медицины (гомеопатии, иглорефлексотерапии (ИРТ), висцерохиропрактики, гирудотерапии) дают быстрое улучшение по всем показателям, не имеют противопоказаний, сокращают сроки нетрудоспособности и ведут к длительной ремиссии.

Острый панкреатит имеет разную этиологию, протекает с яркой клиникой и заканчивается выздоровлением, при котором отёчно-воспалительные изменения полностью рассасываются(исключение - осложнённый геморрагический панкреатит). Хронический панкреатит непрерывно рецидивирует, ведёт к склерозу и фиброзу органа, и в исходе отмечается экзо- и эндокринная недостаточность поджелудочной железы. Билиарный хронический панкреатит возникает при желчекаменной болезни (ЖКБ) и постхолецистэктомическом синдроме (ПХЭС), когда выводной проток поджелудочной железы постоянно раздражается желчью. Соответственно, все дуодениты и язвенная болезнь 12-пк (ЯБДК) сопровождаются хроническим панкреатитом.

К причинам панкреатита относятся:

1) лекарственные воздействия (сульфаниламиды, тиазидовые диуретики, фуросемид, контрацептивы (эстрогены), антибиотики (аминогликозиды, тетрациклин), новокаинамиды, НПВП (ибупрофен);
2) алкоголь, привычка к особым продуктам (жирные, жареные; газированные напитки; свежие фрукты и ягоды, кофе растворимый);
3) инфекции (вирусный гепатит, эпидпаротит) и гельминтозы (аскариды).

На амбулаторном лечении находилось 15 пациентов: двое детей 6 и 12 лет, и взрослые от 25 до 80 лет. Дети поступили с диагнозом: «Острый реактивный панкреатит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), гастрит, синдром раздраженного кишечника (СРК)». У взрослых были выставлены следующие диагнозы: «Хронический панкреатит, хронический холецистит без ЖКБ, жировой гепатоз, ГЭРБ, эрозивный эзофагит, гиперацидный гастрит, дуоденит, ахалазиякардии, СРК, расширение поперечно-ободочной кишки, долихосигма».

У 50% пациентов отмечалось ожирение I-II степени.

На лечение поступали пациенты с лёгкой и средне-тяжёлой степенью панкреатита. У всех причиной панкреатита был алиментарный фактор. Основными жалобами были: боли в животе(чаще в верхней части живота), дети показывают на область пупка; боли в эпигастрии или левом подреберье, опоясывающие боли. Кроме того, отмечались тошнота, вздутие в животе, анорексия, жидкий стул после приёма пищи. У ряда больных отмечались слабость, бледность кожных покровов, частый нитевидный пульс, снижение АД. При пальпации: болезненность эпигастрия, зоны 12-пк, выраженная болезненность уплотнённой поджелудочной железы. На УЗИ - 1) увеличение размеров поджелудочной железы за счёт отёка, б) подчёркнутость контура - хорошо очерченный, ровный, в) изменение эхо-структуры (гомогенность или гетерогенность).

Алгоритм работы с пациентом:

1) анамнез, ознакомление с данными обследованиями, записями в истории болезни (карточке);

2) чётко расписать режим питания - по часам, допустимые продукты; обсуждение диеты;

3) коррекция аллопатических препаратов (спазмолитики, НПВП, ферменты, антациды, блокаторы Н2–гистаминовых рецепторов);

4) осмотр пациента на кушетке с применением висцерохиропрактики по системе Огулова. Одновременно больной обучается самопомощи - снятию болей по системе Огулова или Сителя;

5) постановка игл на биологически активные точки (БАТ). Используются как точки общего действия, так и непосредственного влияния на желудок, 12-пк и поперечно-ободочную кишку, печень и желчный пузырь.

Задача ИРТ: восстановить нарушенные функции ЦНС, оказать обезболивающее действие, устранить моторные и секреторные расстройства, стимулировать трофику слизистой оболочки желудка и 12-пк.

Были использованы БАТ: Е-36 (цзу-сань-ли), I_{12} (чжунь-вань), Е-21 (лян-мэнь), g I_4 (хэ-гу), Т-20 (бай-хуэй). Аурикулярные: № 87 (левое ухо) - желудок и 98 – 12-пк и селезёнка. Можно в остром периоде на них поставить микроиглы на 2-3 суток.

В острый период применяются от 3 до 5 точек, ближе к выздоровлению - до 7 точек.

Рекомендуется 14 сеансов (1-й курс), и с перерывом в 7 дней повторить 2-й и 3-й курс. Из своей практики отмечу, что достаточно 1 курса в 7-8 сеансов, и поддерживающий курс - 1 раз в неделю - ещё 4-6 сеансов.

Назначение гомеопатических препаратов Traumeel S и Duodenoheel по 1т.х3р. в день (или ЭДАС-114), через месяц рекомендуется курс Mucosa compositum - инъекции, через день, №10-15. Использовались также Iris versicolor C_6, Kalium bichromicum C_6.

Гирудотерапия. Постановка пиявок показана после снятия основных симптомов, в период ремиссии. Гируды ставятся на область печени (если нет ЖКБ), на область поджелудочной железы.

Так как при хронических процессах происходят фиброзные и жировые изменения печени и поджелудочной, то постановка пиявок даёт возможность регенерации тканей этих органов, улучшает кровоток в них, снимает воспаление, значительно продлевает период ремиссии.

Схема гирудотерапии:

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2013. Volume 3. Issue 1

1-й сеанс - область крестца, 1-2 гируды через 1-2 дня. 2-й сеанс - область поджелудочной железы (5-6 см над пупком, по средней линии живота) -1-2-3 гируды. 3-й сеанс - область печени1-2-3 гируды (через 1-2 дня). 4-й сеанс - над областью поджелудочной железы 2-3 гируды (через 1-2 дня). 5-й сеанс - над крестцом 2-3 гируды. 6-й сеанс - над печенью 2-3 гируды. 7-й сеанс – как №4, 8-й сеанс – как №5.

Уже после 1-го дня лечения большинство пациентов отмечают снижение боли на 50-80%, и общее улучшение самочувствия.Через неделю от начала лечения (3 сеанса, через день) остаётся 5-10% жалоб, а часто и совсем не предъявляется жалоб (обычно курс длится 2-3 недели).

Если отмечаются обострения, это означает, что причиной является нарушение диеты (в 100% случаев), что уже нетрудно отрегулировать.

Таким образом, применяя широкий спектр методов традиционной медицины в сочетании с гомеопатическими препаратами можно добиться выздоровления (при остром панкреатите) или длительной ремиссии (при хроническом панкреатите) в любом возрасте при любом "стаже" заболевания.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

ID: 2013-01-4011-T-1819 Тезис

Ляпина Е.П.

Место гомеопатического метода в профилактике и лечении гриппа и ОРВИ

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Актуальность поиска новых методов и лекарственных средств для профилактики и лечения ОРВИ и гриппа связана как с распространенностью данных инфекций, так и возможностью летального исхода, развития разнообразных осложнений, значительно снижающих качество жизни и трудоспособность населения планеты.

Существуют три основных направления профилактики инфекционных заболеваний: неспецифическая нелекарственная, специфическая и неспецифическая лекарственная (химиопрофилактика). Относительно гриппа и ОРВИ неспецифическая нелекарственная профилактика представлена в основном мероприятиями противоэпидемического характера, специфическая – вакцинацией от гриппа. Спектр средств для лекарственной профилактики ОРВИ в настоящее время достаточно широк и включает различные группы препаратов: противовирусные, препараты интерферона и его индукторы, разнообразные средства природного происхождения и химиопрепараты, оказывающие влияние на естественный (врожденный) иммунитет.

Среди многочисленных гомеопатических препаратов, используемых для профилактики и лечения гриппа и ОРВИ, можно выделить гомеопатические комплексы, препараты, содержащие сверхмалые дозы антител к γ-ИНФ (средства зарегистрированы как противовирусные, но по сути мало отличаются от комплексных гомеопатических – гомеопатическая методика приготовления, нет индивидуального подбора), монопрепараты.

При решении вопроса об использовании гомеопатических средств для профилактики и лечения гриппа и ОРВИ необходимо учитывать уровень владения гомеопатическим методом. Врач общего профиля, не владеющий гомеопатическим методом, для профилактики может применять только анаферон (определена мишень – естественные антитела к γ-ИНФ). Основания для назначения гомеопатических комплексов отсутствуют. Для лечения возможно использование комплексных гомеопатических препаратов в ранние сроки ввиду их безопасности, однако необходимо динамическое наблюдение и изменение терапии при отсутствии эффекта в течение 1-2 суток.

Для врача-гомеопата подбор препаратов по принципу подобия и использование их в низких разведениях (не больше 30С) оправдан при первом обращении пациента за помощью. Если пациент получает эффективно подобранный конституциональный препарат, профилактика может ограничиться противоэпидемическими мероприятиями, лечение – охранительным режимом, в ряде случаев возможен подбор симптоматического гомеопатического препарата. Во время пандемии гриппа (высоковирулентный вирус) и/или при отнесении больного к группе высокого риска по неблагоприятному исходу заболевания рекомендуется сочетание гомеопатического лечения с противовирусными препаратами.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2013. Volume 3. Issue 1

ID: 2013-01-4011-R-1820 Краткое сообщение

Миненко И.А.

Нелекарственное лечение дорсалгий

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, кафедра нелекарственных методов лечения и клинической физиологии

Боль в спине - одна из актуальных проблем современной медицины. В возрасте от 30 до 55 лет боли в спине являются одной из наиболее частых причин потери трудоспособности. При этом только 40% больных обращаются за врачебной помощью. Известно также, что у трети пациентов впоследствии острая боль переходит в хроническую, которая сохраняется более 12 недель. Наиболее частой причиной боли в спине являются дорсопатии. Дорсопатии - группа заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, ведущим симптомокомплексом которых является боль в туловище и конечностях невисцеральной этиологии.

Миофасциальные синдромы, по данным ВОЗ, выявляются у 54% пациентов с дорсопатиями. Эти боли провоцируются активацией триггерных точек (ТТ), представляющими собой фокус повышенной болевой раздраженности в мышце или ее фракции, вызывающий отраженную боль при давлении или движении на фоне вегетативных проявлений.

Диагностические критерии миофасциального болевого синдрома разделены на две группы: большие и малые. Для постановки диагноза необходимо наличие всех 5 больших критериев и одного из 3 малых.

Большие критерии включают в себя:

1) жалобы на региональную боль;
2) пальпируемый "тяж" в мышце;
3) участок повышенной чувствительности в пораженной мышце;
4) отраженную боль или чувствительные расстройства;
5) ограничение объема движений.

Малые критерии могут варьироваться, но всегда присутствует один признак из трех имеющихся:

1) воспроизводимость боли при стимуляции ТТ;
2) локальное подергивание при пальпации ТТ;
3) уменьшение боли при растяжении или введении инъекции в ТТ.

Целью исследования является создание алгоритма комплексной реабилитации дорсалгий в целях восстановления функциональных резервов организма с использованием неинвазивных методов лечения.

Материалы и методы

Клиническое исследование проведено у 86 пациентов, в возрасте от 25-ти до 60-ти лет, 68 мужчин, 18 женщин. Клинико-инструментальная диагностика показателей МФБС осуществлялась с целью получения наиболее объективной информации об указанной патологии и состояла из клинического и электромиографического обследования.

Клиническое исследование включало: общий осмотр – походка, осанка, положение тела, конституциональные особенности, наличие дизрафических признаков, кинестезическую пальпацию.

Для количественной характеристики мышечного синдрома рассчитывали специальный индекс, определяемый суммой баллов субъективных и объективных признаков (Хабиров Ф.А., Хабиров Р.А.,1995,):

$$ИМС = ВСБ + Т + Б + ПБ + СИ,$$

где МС - индекс мышечного синдрома (максимум 15 баллов); ВСБ — выраженность спонтанных болей (3-балльная шкала); Т - тонус мышцы (3-балльная шкала); Б - болезненность мышц (3-балльная шкала); ПБ - продолжительность болезненности (3-балльная шкала); СИ - степень иррадиации (3-балльная шкала).

Для проведения лечения были выбраны следующие методы: рефлексотерапия,мануальная терапия,конституциональная гомеопатия.

Результаты

Нами установлено, что у всех пациентов, которые поступили на лечение, отмечались весьма значительные изменения в различных функциональных системах, которые не только подтверждались объективными инструментальными и лабораторными данными, но и многочисленными жалобами пациентов на свое психофизиологическое состояние. Хронические болевые синдромы встречались в нашем исследовании значительно чаще, чем острые (74 пациента, 86,0%). Возникают они без значительной видимой причины. Длительность их колеблется от нескольких месяцев до нескольких лет. Начало развития хронического болевого синдрома часто проходит незамеченным (57 пациентов, 66,3%). Порой боль носит перемежающийся характер, заметно усиливается после физической или постуральной нагрузки. Часто пациента беспокоит чувство дискомфорта в спине. Клинические проявления обычно не такие яркие, как при остройдорсалгии: интенсивность болевых ощущений умеренная, движения в различных отделах позвоночника ограничены незначительно.

Источниками боли при хронической дорсалгии также являются измененные структуры опорно-двигательного аппарата. При пальпации у 69 пациентов (80,2%) в определенных мышцах выявляются латентные триггерные точки или болезненные очаги миогелеза, в 52,3% (у 45 пациентов) обнаруживается болезненность в местах прикрепления сухожилий к костям (энтезопатия). Применение функциональных проб позволяют обнаружить широкий спектр поражений: от функциональной блокады или

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

нестабильности до структурных изменений. Клинически актуальный артроз различных суставов и лигаментоз также могут явиться причиной хронической боли.

Хроническая мышечно-скелетная дорсалгия по своему патогенезу отличается от острой. Декомпенсация возрастных дистрофических изменений в мышечно-скелетных структурах, а также дисфункция отдельных мышц или суставов под влиянием повышенной нагрузки приводят к формированию источников ноцицепции с последующим сегментарным и супрасегмантарным ответом. Мышечная защита выражена неярко и не сопровождается заметным ограничением движений. При исследовании психического состояния у 32 человек (37,2%) наряду с признаками ипохондрии и депрессии мы обнаружили "рентное" отношение к болезни. У 77 пациентов (89,5%) развилось "болевое поведение" со значительным снижением круга жизненных интересов и социальной дезадаптацией.

Алгоритм комплексной реабилитации дорсалгий: после диагностики и осмотра пациента при имеющемся выраженном болевом синдроме лечение начинается с воздействия на рефлексогенные зоны лечебным аппликатором «Доктор Redox». Больной лежит на пластине лежака в течение 30-40 минут. В 70% случаев пациенты отмечают отчетливое уменьшение болевого синдрома. Затем проводится комплексное лечение в следующей последовательности (при отсутствии противопоказаний для применения отдельных методов).

Мануальная терапия: мягкотканые техники, лечение диафрагм (при их рестрикции), суставные техники (по показаниям), тракция, баночный или вакуумный массаж.

Применение мягкотканых и тракционных техник оправдано практически в любом случае, ибо все заболевания данной группы сопровождаются выраженной миофасциальной дисфункцией, уменьшением вертикального размера межпозвонкового отверстия, уменьшение резервного пространства диска. Вследствие тракции происходит снятие компрессионного механизма возникновения боли, увеличивается суставная щель дугоотросчатых сочленений, и таким образом уменьшается степень компрессии (болевого синдрома соответственно). Часто после мануального обследования выявляются блокады в сочленениях таза, крестца, что сопровождается ограничением подвижности (патерности движения) в тазобедренных суставах – внутренняя ротация, приведение отведение, экстензия, флексия, наружная ротация. Тазобедренные суставы часто манифестируют болями в поясничной области. Кроме того, пациенты не могут лежать на больном боку. В этом случае проводить мобилизацию тазобедренных суставов, включаем в лечение приемы, улучшающие работу синовиальных сумок, что улучшает их гидродинамику, улучшая движения внутрисуставной жидкости. Целесообразным так же является мобилизация тазовых связок, что в сочетании с мобилизацией крестца в конечном итоге увеличивает подвижность в крестцово-подвздошных сочленениях L5-S1, ПДС, приводит к исчезновению болевого синдрома.

Следующий этап лечения дорсалгии - рефлексотерапия с использованием сочувственных и отдаленных точек, точек общего действия: корпоральная ИРТ, аурикулярная ИРТ, многоигольчатая ИРТ, Су-Джок ИРТ.

При выраженном болевом синдроме, ограничении подвижности в конце сеанса иглотерапии производилось прогревание акупунктурных точек полынной сигарой через иглу до появления стойкой гиперемии, что значительно усиливало обезболивающий эффект.

Конституциональная гомеопатия. Завершается лечебный цикл подбором конституционального гомеопатического препарата. Гомеопатические препараты были подобраны строго индивидуально: в зависимости от конституции, характерологических особенностей пациентов, степени проявления симптомов и модальностей заболевания. Лечение проводилось в виде перорального применения гомеопатической крупки (Ambra grisea - 30; Argentum nitricum - 12, 30; Arnica montana - 12, 30; Aurum metallicum – 30; Belladonna – 12, 30; Bryonia alba – 12; Causticum - 30; Cocculus - 12; Gelseminum - 12; Ignatia – 12, 30; Nux vomica - 12, 30; Phosphorus - 12, 30; Rhus Toxicodendron – 12, 30; Zincum metallicum – 12, 30). Результаты лечения анализировались на основании гомеопатического закона Геринга, который позволяет оценить правильность подбора и эффективность лечебного воздействия препарата, а также проследить динамику заболевания.

В ходе применения вышеописанных методов нелекарственной терапии дорсалгий клиническая эффективность составила 96,2%, что значительно превышает среднестатистические цифры эффективности при использовании монометодов.

Заключение

Считаем целесообразным внедрение вышеописанного алгоритма нелекарственного лечения в широкую медицинскую практику и дальнейшее совершенствование комплексной реабилитации дорсалгий в целях восстановления функциональных резервов организма. Лечение пациентов с хроническими болевыми синдромами целесообразно проводить в амбулаторном специализированном отделении.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2013. Volume 3. Issue 1

ID: 2013-01-4011-R-1821 Краткое сообщение

Паршина С.С.

Особенности назначения препарата Lachesis в практике врача-гомеопата

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
Саратовское отделение Российского гомеопатического общества

Препарат Lachesis, изготавливаемый из яда змеи сурукуку, хорошо известен всем гомеопатам. Это один из наиболее ярких гомеопатических конституциональных типов, описание его патогенеза занимает немало страниц в различных Materia Medica. Несмотря на множество запоминающихся ключевых симптомов, в клинической практике далеко не всегда удается сразу же правильно назначить Lachesis. Причин этому несколько. Во-первых, препарат имеет ряд общих ключевых симптомов со многими другими часто встречающимися полихрестами (Sulfur, Pulsatilla и др.). Во-вторых, легендарная двойственность Lachesis, маскируя истинную картину, способна ввести в заблуждение даже самых опытных гомеопатов. И, наконец, опыт практического использования препарата свидетельствует, что «старый знакомый» Lachesis таит много сюрпризов, преподнося их при анализе клинических случаев и реперторизации, особенно с использованием современных компьютерных программ.

Известно, что Lachesis чаще встречается среди женщин, особенно в период климакса. Тем не менее, в нашей практике только 30% пациенток находились в климактерическом периоде, около 30% случаев приходилось на детей в возрасте от 7 до 11 лет, остальные – на женщин молодого возраста.

Два ключевых симптома позволяют сразу же заподозрить Lachesis – страсть и непереносимость жары. При этом страсть может проявляться самым различным образом: обида и ревность, непрекращающийся конфликт (в том числе и с самой собой), страсть к нарядам, выступлениям, занятия бизнесом и др. Примечательно, что среди наших пациенток практически в 100% случаев встречались стрессовые ситуации, связанные с лицами мужского пола, прежде всего с отцом (обида и ревность к его второй семье после развода с матерью, смерть отца, алкоголизм, деспотизм вплоть до побоев и др.). Только у одной маленькой пациентки 7 лет не было выявлено стрессов подобного рода.

Наибольшие трудности возникают в тех случаях, когда пациентку нельзя однозначно отнести к «жарким» конституциональным типам. Анализ собственных назначений Lachesis показал, что причин для подобных «размытых» ситуаций, как правило, две.

Во-первых, достаточно часто на первом приеме встречается модальность «улучшение в тепле», «желание тепла» и из возможных препаратов автоматически исключаются «жаркие» конституциональные типы. Иногда отмечается сочетание симптомов «непереносимость жары и духоты» и «улучшение в тепле». Обращаясь к классикам, следует вспомнить, что еще Э. Фаррингтон отмечал среди модальностей Lachesis именно «улучшение от тепла, теплого укутывания», «хуже на холодном воздухе», «хуже от перемены температуры, от промокания и сырой ветреной погоды»! Не зная этих тонкостей модальностей Lachesis, принимая во внимание только широко известную модальность «непереносимость жары, ухудшение от солнечной жары, духоты», невозможно сделать правильное назначение препарата.

Сочетание двух, казалось бы, взаимоисключающих модальностей на самом деле только подтверждает ключевой симптом Lachesis – двойственность, необходимо лишь вспомнить об этом и более углубленно проанализировать случай.

Во-вторых, нередко на первый план выступают схожие с Lachesis «сильные» конституциональные типы, чаще всего Belladonna с ее такой же, как у Lachesis, быстрой речью, вспышками гнева, обидчивостью, злопамятностью, задатками лидера и уже упоминавшемся «улучшением от тепла». Встречаются и другие препараты, которые, образуя более поверхностные слои симптомов, не позволяют сразу же назначить Lachesis. В этом случае только «послойное снятие» позволяет рано или поздно получить совокупность симптомов, необходимую для выбора данного препарата.

Еще одна сложность возникает, если встречается «скрытный» Lachesis. Гораздо более узнаваем классический вариант - эмоциональный, болтливый, с артистическими наклонностями и т.п. Именно «закрытым» пациентам реже всего назначается подобный им Lachesis на первом приеме. В этом случае помочь могут характерные симптомы физического уровня и общие модальности.

В нашей практике Lachesis на первом приеме был назначен только 50% пациенток, которым он требовался (судя по последующим назначениям). Остальным назначались Belladonna, Calcarea carbonica, Thuja, Lycopodium и др. В дальнейшем проходило от 3 до 8 мес., прежде чем проявлялась вся совокупность симптомов, позволявшая с уверенностью выбрать Lachesis по принципу подобия.

Таким образом, Lachesis, один из самых мощных полихрестов, является и одним из самых «умело маскирующихся» и требует от врача-гомеопата умения увидеть двойственность в совокупности симптомов, знания тонких особенностей патогенеза и модальностей и опыта для того, чтобы распознать «неклассические» варианты препарата.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

ID: 2013-01-4011-R-1822 Краткое сообщение

Песонина С.П.

Анализ современного состояния лекарственного обеспечения населения россии гомеопатическими препаратами

Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

В результате анализа ассортимента пяти крупнейших российских производителей монопрепаратов установлено, что он включает лишь от 18,6% до 43,7% (в среднем – 35,6%) общего числа разрешенных к применению препаратов. Наиболее значимыми у всех российских производителей монопрепаратов являются растительная и минеральная группы гомеопатических лекарственных средств (ГЛС). Растительная группа – самая многочисленная, составляет в среднем около 60% общего числа применяемых препаратов.

Объем российского фармацевтического рынка ГЛС в 2005 г. составил 64,3 млн. долл., что на 7,0% выше уровня предыдущего года. Но темпы роста несколько замедляются по сравнению с динамикой за 2002-2003 гг. На протяжении последних 2 лет при достаточно серьезном росте рынка ГЛС в денежном выражении отмечается существенный спад продаж в натуральном эквиваленте. Это косвенно свидетельствует о том, что рынок ГЛС увеличивается за счет более дорогой продукции. На рынке представлено около 250 наименований ГЛС. В денежном выражении преобладает импортная продукция: на ее долю приходится около 66,0%; отечественные препараты занимают на рынке соответственно 34,0%. По сравнению с 2003 г. соотношение несколько изменилось в сторону увеличения доли отечественной продукции.

Наибольший удельный вес в структуре продаж ГЛС занимают препараты, выпускаемые в каплях, – на их долю приходится 54,7% от всех форм выпуска; 17,4% составляют таблетки. Традиционная гомеопатическая форма – гранулы – занимает 8,7%. На долю растворов для инъекций приходится 5,0%, при этом они выпускаются только одним производителем – компанией «Хеель», она же выпускает средства в виде спреев – 2,4%.

Если рассматривать ценовую сегментацию ГЛС, то наибольшую долю в аптечных продажах (58,9%) составляют препараты с ценой от 6 до 10 долл. США, а также менее 5 долл. (35,4%).

В настоящее время ГЛС находят широкое применение как лекарственные средства безрецептурного отпуска. На основании приказа МЗСР РФ № 578, к отпуску из аптечных организаций без рецепта врача разрешены 487 наименований ГЛС, что составляет 39,7% от общего числа безрецептурных препаратов.

Анализ результатов опроса руководителей 279 аптек Санкт-Петербурга показал, что ГЛС имеются в продаже во всех аптеках, кроме одной (99,5%), да и та планирует начать их реализацию. Однако лишь в 17,8% аптек имеется специальный отдел гомеопатических препаратов, в остальных 82,2% ГЛС продаются вперемежку с аллопатическими лекарствами.

Петербургские аптеки имеют различный стаж работы с гомеопатическими лекарственными средствами: 2,4% начали их продажу еще до «гомеопатического бума», а 19,8% – в 1990-1994 гг. В 1995-2000 гг. ежегодно (кроме 1996 г.) более 20 аптек начинали торговлю ГЛС – это период наиболее быстрого распространения гомеопатии. В 85,3% аптек провизоры и фармацевты активно предлагают покупателям гомеопатические препараты, объясняя это эффективностью и безвредностью гомеопатии. Более двух третей респондентов (68,1%) сами используют ГЛС. Однако спектр заболеваний, при которых провизоры и фармацевты наиболее часто рекомендуют покупателям гомеопатические препараты, весьма узок и не отражает возможностей гомеотерапии. Это говорит о необходимости расширения знаний аптечных работников Петербурга в данной области.

По данным опроса, реализация ГЛС для 48,3% аптек приносит большой или средний коммерческий успех, тогда как в остальных учреждениях успех сомнителен или отсутствует совсем. Возможно, с этим обстоятельством связан низкий удельный вес гомеопатических препаратов в общей структуре продаж: в 93,7% аптек он составляет менее 10%, в 4,9% аптек – 11-25%, и лишь в 1,4% превышает четверть. При этом более чем в половине аптек (55,4%) объем реализации ГЛС за последние 5 лет вырос, в 7,9% – снизился, а в 36,7% не имел определенной динамики. С другой стороны, трем четвертям (77,3%) руководителей аптек реализация ГЛС приносит значительное моральное удовлетворение, что они опять же объясняют эффективностью и безвредностью гомеопатии. У руководителей аптек имеются серьезные претензии к качеству сопроводительной документации к ГЛС, в частности результатам анализов (23,0%) и протоколам соответствия (17,1%). На вопрос об удовлетворенности разнообразием лекарственных форм ГЛС абсолютное большинство (92,8%) опрошенных ответило положительно.

Представлен детальный анализ деятельности аптеки Санкт-Петербургского Центра гомеопатии. Проведен анализ соответствия аптеки Центра гомеопатии требованиям системы управления качества в аптечных организациях (ОСТ 91500.05.0007-2003). Были также проанализированы основные качествообразующие факторы: качество персонала; качество материально-технической базы; качество производственного процесса; качество реализационного цикла. В результате анализа производственной деятельности установлено, что в аптеке изготавливается 486 наименований гомеопатических монопрепаратов и 58 наименований комплексных ГЛС. За 2000-2004 гг. отмечен рост товарооборота аптечных лекарственных форм как в натуральном (в 1,8 раза), так и в стоимостном (в 4,0 раза) эквиваленте. Темпы роста стабильны, прирост составляет в натуральном и стоимостном измерителе в среднем 16% и 42% в год соответственно, что свидетельствует о востребованности производственной функции гомеопатической аптеки.

Наибольшее количество лекарственных форм представлено гомеопатическими крупинками, на их долю приходится 87,7% наименований в стоимостном и 90,0% – в натуральном эквиваленте. На втором месте по количеству изготавливаемых упаковок находятся гомеопатические масла – 3,6% наименований, на их долю в стоимостном измерителе приходится 4,9%. Удельный вес гомеопатических капель и суппозиториев составляет по 2,6% от общего числа упаковок лекарственных форм, а их доля в стоимостном эквиваленте составляет 3,8% и 1,2% соответственно. Наименьший удельный вес – у тритураций, на долю которых приходится по 0,1% наименований лекарственных форм в стоимостном и натуральном измерителе.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2013. Volume 3. Issue 1

Анкетирование покупателей гомеопатических аптек показало, что 82,0% из них составили женщины. Половина респондентов была старше 50 лет, на возрастные группы меньше 30 и 30-50 лет пришлось по четверти. Довольно высок образовательный уровень: среди покупателей гомеопатических лекарственных средств 64,1% составили лица с высшим или неполным высшим образованием, а 31,8% – со средним специальным. По социальному положению наиболее представительной явилась группа «служащие», в которую вошло 46,0% респондентов, на втором месте были пенсионеры – 30,2%.

Из опрошенных покупателей 32,0% считают, что достаточно осведомлены о гомеопатическом методе лечения, 61,2% не обладают достаточным уровнем знаний, а 6,8% опрошенных находят свой уровень знаний высоким. Более половины (57,0%) покупателей ГЛС считают гомеопатию эффективным методом лечения, а еще 24,9% считают ее эффективной в отдельных случаях. Наибольшая часть (82,0%) респондентов применяет и аллопатические и гомеопатические препараты; только ГЛС пользуются 13,8%.

Основными источниками сведений о гомеопатии для покупателейявились консультации врачей (57,0%). Немаловажную роль играют советы родственников и друзей – 20,7%. Из медицинской литературы черпают сведения 10,1% опрошенных. Доля респондентов, получающих информацию о гомеопатии от аптечных работников и из рекламы, одинакова и составляет 6,1%.

Преимуществами гомеопатических лекарственных препаратов по сравнению с аллопатическими, по мнению респондентов, является безопасность (такой ответ дали 56,3% опрошенных) и натуральный состав – 34,7%; 15,7% опрошенных покупателей видят основным преимуществом эффективность гомеопатических средств. На вопрос о путях выбора ГЛС самым распространенным явился ответ «по рецептам врачей-гомеопатов» – 68,1%. 21,9% респондентов принимают решение самостоятельно, а 10,0% советуются с аптечными работниками. Две трети опрошенных (65,2%) применяют ГЛС для лечения хронических заболеваний, 22,8% – для профилактики и оздоровления организма, а 14,0% – для лечения острых заболеваний. 43,1% опрошенных потребителей предпочитают продукцию отечественных производителей, для 38,8% респондентов страна-производитель не имеет значения, а 18,1% принципиально выбирают гомеопатические препараты зарубежного производства.

Выявленные зависимости указывают на необходимость усиления информационной работы с населением, разъясняя достоинства гомеопатического метода лечения и доказательства его эффективности. Поскольку покупатель в первую очередь принимает во внимание консультации врачей, необходимо предоставлять сведения о гомеопатических препаратах врачам лечебно-профилактических учреждений. Немаловажное значение имеют советы аптечных работников, среди которых также необходимо повышать уровень знаний о гомеопатических препаратах, особенно средств безрецептурного отпуска, наиболее доступных для покупателя.

При формировании ассортимента гомеопатических лекарственных препаратов необходимо учитывать предпочтения покупателей относительно фирм–производителей, рейтинг групп заболеваний, при которых применяются гомеопатические лекарственные средства.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

ID: 2013-01-257-A-1823 Тезис

Санталова Г.В., Гасилина Е.С., Валеева Г.Р., Шарыпова М.А., Ефимова И.Л., Плахотникова С.В., Сошникова Л.Н.

Внутриутробное инфицирование плода: его прогнозирование у беременных женщин с хроническим течением герпетической инфекции

ГБОУ ВПО Самарский ГМУ Минздрава России

Неэффективность современных противовирусных и иммуномодулирующих препаратов в лечении герпетической инфекции (ГИ) создает необходимость выявления факторов риска внутриутробного инфицирования вирусом простого герпеса (ВПГ) и разработки комплекса соответствующих лечебно–профилактических мероприятий по устранению или снижению влияния этих факторов риска на плод.

Цель исследования - разработка прогностической шкалы факторов риска внутриутробного инфицирования плода ВПГ.

Было обследовано 182 ребенка, рожденных от матерей с хроническим течением ГИ. Основную группу составили 70 детей с клинико-лабораторной верификацией внутриутробной герпесвирусной инфекцией. В контрольную группу вошло 112 неинфицированных детей.

Для проведения отбора основных факторов риска, оказывающих влияние на уровень внутриутробного инфицирования герпесом, была использована методика комплексной оценки, включающая анализ акушерско-гинекологического анамнеза, экстрагенитальной патологии, особенностей течения беременности и родов, возраста беременной и наличия у нее вредных привычек. Проводили статистическую обработку с определением критериев «кси – квадрат» и вероятностного коэффициента (коэффициента отношения правдоподобия). В зависимости от сочетания благоприятных и неблагоприятных факторов была получена оценка риска и установлены пределы колебаний оценки риска от минимальных до максимальных значений.

Разработанная прогностическая шкала была апробирована на 102 беременных женщинах с хроническим течением ГИ. Информативность предлагаемой прогностической шкалы оценивали с помощью основных критериев доказательной медицины: чувствительности, специфичности и диагностической точности. Факторы риска учитывались при: сборе акушерского анамнеза, из сведений об осложненном течении беременности, о гинекологических заболеваниях.

Клиническая проспективная апробация метода прогнозирования с учетом разработанной шкалы на 102 беременных женщинах с хроническим течением ГИ с позиции доказательной медицины показала следующие результаты: чувствительность метода составила – 81%, специфичность – 67%, диагностическая точность – 78%, что свидетельствует о высокой информативности и достоверности предлагаемого метода прогнозирования.

На основании полученных диагностических коэффициентов была разработана прогностическая шкала факторов риска внутриутробного инфицирования плода ВПГ при хроническом течении инфекции у матери во время беременности. Каждому фактору соответствовал тот или иной диагностический коэффициент в баллах. При суммарном значении коэффициентов равном или превышающем пороговое число 7, обследуемую женщину относили к группе риска по внутриутробному инфицированию ВПГ, что позволяло определить приоритетные направления лечебно–профилактических мероприятий по предотвращению внутриутробной герпетической инфекции, включая оперативное родоразрешение при высоком риске внутриутробного инфицирования согласно предлагаемой шкале (более 7 баллов).

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2013. Volume 3. Issue 1

ID: 2013-01-376-T-1824 Тезис

Санталова Г.В., Гасилина Е.С., Валеева Г.Р., Шарыпова М.А., Ефимова И.Л., Плахотникова С.В., Сошникова Л.Н.

Оценка состояния здоровья детей, рождённых от герпес-инфицированных матерей

ГБОУ ВПО Самарский ГМУ Минздрава России

В последнее время вследствие высокой инфицированности населения вирусными инфекциями растет интерес к их возбудителям, в частности к вирусам семейства Herpes, под влиянием которых часто происходят внутриутробное инфицирование плода и повреждение плаценты. При хронических и рецидивирующих инфекциях частота внутриутробного инфицирования невелика, однако фетоплацентарная недостаточность и потери плода встречаются примерно с той же частотой, что и при острых формах. Исследования последних лет позволяют говорить о значимости внутриутробной инфекции в патогенезе патологических состояний, формирующихся в последующие годы жизни. Крайне важной остается проблема ранней диагностики внутриутробной инфекции и исхода её развития. В связи с этим не вызывает сомнения необходимость разработки комплексного подхода к решению вопроса о прогнозировании инфекции у новорожденного путем своевременной диагностики и проведения соответствующих лечебно–профилактических мероприятий с целью предупреждения формирования тяжелой соматической патологии и инвалидизации у детей.

Целью исследования явилось изучение состояния новорожденных детей, родившихся от герпес-инфицированных матерей.

Обследовано 216 новорожденных. Проведен анализ состояния здоровья детей; оценивалось состояние фетоплацентарной системы беременных. Новорожденные дети были распределены на 3 группы: в 1-ю вошли 73 ребенка от матерей с фетоплацентарной недостаточностью (ФПН) и латентным течением герпетической инфекции; 2-ю составили 68 детей от матерей с латентной герпетической инфекцией без признаков ФПН, 3-ю – 75 новорожденных от матерей, не имевших в анамнезе герпеса и с отрицательными результатами обследования на герпетическую инфекцию (ГИ).

У матерей с герпетической инфекцией недоношенными родились 28 (13,0%) детей, у неинфицированных – 8 (3,7%). Гестационный возраст во всех группах колебался от 29 до 42 недель; масса тела при рождении – от 1850 до 4300 граммов. Среди родившихся выявлено значительное число детей с синдромом внутриутробной задержки развития плода (ВЗРП): 44 (20,4%) – из I группы (чаще встречались дети с ВЗРП II и III степеней) и 10 (4,6%) – из III (преобладали дети с ВЗРП I степени). У большинства новорожденных были диагностированы перинатальное поражение ЦНС, синдром пролонгированной желтухи, синдром дыхательных расстройств, гипотрофия, анемия, дисбиоз кишечника, аномалии и пороки развития. У детей I и II групп эти изменения встречались чаще. Следует отметить, что такая патология, как кисты сосудистых сплетений головного мозга, кальцинаты вещества головного мозга, герпетическая экзема, врожденный хориоретинит, герпетический гепатит, нефрит, встречалась только у детей с подтвержденной на 2-8 день жизни герпетической инфекцией. Из I группы таких случаев было 44 (20,4%), из II – 9 (4,2%).

Таким образом, оценивая состояние здоровья новорожденных детей, родившихся от герпес-инфицированных матерей, важно учитывать состояние фетоплацентарного комплекса.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

ID: 2013-01-4011-R-1825 Краткое сообщение

Стрельникова О.А., Паршина С.С.

Опыт парентерального применения препарата «Траумель С» при ОРЗ, осложнившемся острым гнойным бронхитом

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Траумель С – это гомеопатический препарат, разработанный компанией Хеель, и с успехом применяемый уже более 60-ти лет приблизительно в 50-ти странах мира. Сегодня в Германии Траумель С представляет собой обязательный компонент всех домашних и спортивных аптечек. Существует четыре формы выпуска данного препарата: капли для применения внутрь, таблетки подъязычные, раствор для внутримышечного и околосуставного введения и мазь для наружного применения. Необходимо отметить, что более половины объема его продаж приходится на мазевую лекарственную форму. В нашем докладе хотелось бы сделать акцент на эффективности применения препарата Траумель С в форме раствора для парентерального введения.

Отличаются формы препарата вспомогательными веществами и, конечно, разведениями активных компонентов. В состав каждой из форм входит четырнадцать активных компонентов минерального и растительного происхождения: Achilléa millefólium, Aconitum napellus, Arnica montana, Atropa belladonna, Béllis perénnis, Caléndula officinális, Chamomilla recutíta, Echinacea angustifolia, Echinácea purpúrea, Hamamelis Virginiana, Hepar sulfuris, Hypéricum perforátum, Mercurius solubilis Hahnemanni, Sýmphytum officinále. Каждому из этих веществ присущи специфичные, либо схожие с другими свойства. Среди всех эффектов можно выделить наиболее значимые при воспалительном процессе. Повышение тонуса и стабилизацию проницаемости сосудов обеспечивают Aconitum napellus, Arnica montana, Atropa belladonna, Béllis perénnis, Hamamelis Virginiana, Achilléa millefólium. Такой эффект как анальгезия осуществляется Aconitum napellus, Arnica montana, Chamomilla recutíta, Hypéricum perforátum. Антибактериальное действие связано с Echinacea angustifolia, Echinácea purpúrea, Hepar sulfuris, Mercurius solubilis Hahnemanni. Регенеративными способностями обладают Arnica montana, Caléndula officinális, Echinácea purpúrea, Sýmphytum officinále.

В регуляции процесса воспаления важную роль играетряд цитокинов, на концентрацию и выработку которых способен оказывать влияние препарат Траумель С. Так, в исследованиях invitro и invivo доказано, что Траумель С снижает концентрацию таких провоспалительных веществ, как IL-1ß, IL-6, IL-8, TNF-α, и повышает концентрацию IL-10 и TGF-ß, являющихся противовоспалительными. Данное действие было доказано и запатентовано в немецкой фармакопее (патент «Хеель - Иммунологическая вспомогательная реакция в гомотоксикологии»).

Необходимо помнить о том, что воспаление является выражением физиологически целесообразных защитных механизмов. Препарат Траумель С не блокирует естественный процесс излечения. Основной акцент в его действии принадлежит регуляции баланса между воспалением и восстановлением ткани. Также он нейтрален к нормальным гомеостатическим процессам и не влияет на функции почек и печени. Все это обеспечивает практически полное отсутствие побочных эффектов.

Показания к применению препарата Траумель С можно объединить одной фразой: воспалительные процессы в различных органах и тканях.

Если проанализировать обзор по применению данного препарата в различных областях медицины, то будут фигурировать труды по ЛОР-болезням, пульмонологии, иммунологии, стоматологии, неонатологии, ревматологии, онкологии, гинекологии, психоневрологии и реабилитологии и, конечно, по травматологии и ортопедии.

Представляем опыт парентерального применения препарата Траумель С при ОРЗ, осложнившемся острым гнойным бронхитом.

У пациента, находившегося под нашим наблюдением, присутствовали следующие симптомы: повышение температуры тела до фебрильных цифр, насморк с гнойным отделяемым, явления острого ларинготрахеита, затем присоединение явлений острого гнойного бронхита, резко выраженный синдром астенизации. Из анамнеза заболевания известно, что данный пациент переносит нечастые ОРЗ, которые всегда осложняются гнойным бронхитом, периодически - гнойным синуситом, вследствие чего существует необходимость включать в лечение антибиотики. Проводилось лечение: Фервекс 2 пакетика в первые сутки, Изофра в носовую полость, Синупрет по 2 т. 3 раза в день. Клиника на третий день заболевания: субфебрилитет, общая слабость, недомогание, одышка с ЧДД 22 в минуту, гнойное отделяемое из носовой полости, кашель с отделением гнойной мокроты. Проведена коррекция лечения: препарат Траумель С в растворе, внутримышечно 1 раз в сутки по 1 ампуле, в течение 5 дней.

Результаты данного лечения. После первой инъекции: изменение гнойного характера мокроты на слизистый, улучшение отхождения мокроты, изменение характера отделяемого из носовой полости, нормализация температуры тела, улучшение общего самочувствия. После 5-и инъекций: остаточные явления в виде редкого кашля с отхождением незначительного количества светлой мокроты и общей астенизации. Далее в лечение был включен препарат Эдас 104 для купирования остаточных явлений.

Особенностями нашего клинического наблюдения являются:применение парентеральной формы препарата, начало терапии в разгар заболевания, отсутствие необходимости в присоединении антибактериальной терапии.

Нами был проведен сравнительный анализ разведений компонентов различных форм выпуска препарата Траумель С. Оказалось, что такие вещества как Aconitum napellus, Atropa belladonna, Hamamelis Virginiana, Hepar sulfuris, Mercurius solubilis Hahnemanni, Sýmphytum officinále в составе раствора присутствуют в более низких разведениях, чем в каплях и таблетках. Именно Aconitum napellus, Atropa belladonna и Hamamelis Virginiana обладают противоотечным, Hepar sulfuris и Mercurius solubilis Hahnemanni– антибактериальным, а Sýmphytum officinále- регенеративным эффектами.

Вероятно, именно указанное сочетание потенций и обеспечивает наиболее выраженный противовоспалительный эффект при бактериальном поражении верхних дыхательных путей, охватывая преобладающую часть звеньев патогенеза процесса воспаления.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2013. Volume 3. Issue 1

Анализируя данный клинический случай в сочетании с нашим предыдущим опытом, мы пришли к следующему выводу: при парентеральном введении препарат Траумель С обладает более выраженным противовоспалительным действием, поэтому применение его в виде раствора предпочтительнее пероральных форм препарата.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

ID: 2013-01-4011-R-1826 Тезис

Тетерева Т.Г.

Диагностика и лечение папилломавирусной инфекциис применением комплекса «ЮПРАНА-Про»

ОАО «Холдинг «ЭДАС», Россия, г. Москва

Известно, что вирусы папилломы человека (ВПЧ) 16 и 18 типов являются наиболее онкогенными вирусами. Для выявления вирусов чаще применяется полимеразная цепная реакция (ПЦР). При проведении данного метода исследования возможнои типирование вируса. В тоже время при проведении ПЦР могут возникать ложноположительные результаты исследования, особенно частопри определении суммарных ДНК вирусов,без проведения определения типов. Это приводит к неверному и необоснованному назначению лечения. На сегодняшний день самой большой диагностической ценностью обладает ВПЧ Digene-тест. Данное исследование позволяет выявить папилломавирус, определить еготип и принадлежность к высоко-онкогеннойили низко-онкогенной группе и зафиксироватьклинически значимые концентрации в тканях. Консервативное лечение малоэффективнои часто возникает необходимость оперативныхвмешательств в виде криодеструкции, коагуляции или радиоволновой хирургии местныхвысыпаний и измененного эпителия.

Целью настоящего исследования является разработка алгоритма диагностики ВПЧ 16 и 18 типа и исследование эффективности лечения, основанного на принципах подобия. Для проведенияэлектропунктурной диагностики с медикаментозным тестированием, нами использовалсякомплекс аппаратно-программный «ЮПРАНА-Про» (регистрационное удостоверение № ФСР 2008/03380). Исследование динамики электропроводности (ЭП) в биологически активных точках (БАТ) и интерпретация результатов измерений проводились в авторской модификации доктора Г.А. Юсупова. Для выявления ВПЧ использовались разведения, приготовленные по гомеопатической технологии из материалов, взятых из патологически измененных участковшейки матки (соскоб) женщин, у которых обнаружен ВПЧ только одного типа, 16 или 18. Тестированием выявлялись также такие инфекции (или ихтоксины), как гинетальный герпес, хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, трихомониаз, цитомегало-вирусная и Эпштайн-Барр вирусная инфекция, гонококковая инфекция, а так же радионуклиды и токсических вещества.

Для лечения ВПЧ 16 типа в «рецепт» для электронной перезаписи включались волновые характеристики ВПЧ 16, для лечения ВПЧ 18— волновые характеристики ВПЧ 18 совместно с характеристиками других этиологических факторов,выявленных у данной пациентки. Совместно с энергоинформационными характеристиками этиологических факторов в «рецепт» включались характеристики индивидуально подобранных гомеопатических препаратов. Один курс лечения длился 4 недели. Средство принимается внутрь по схеме: по 1 таблетке 1 раз в 3 дня. Средство назначалось обоим супругам одновременно.

Диагностика и лечение с 2008 года по 2011 г. проведены 32 женщинам с ВПЧ инфекцией в возрасте от 19 до 56 лет, у которых отмечались выраженные клинические проявления в шейке матки. Рак шейки был исключен. У 17 пациенток тестированием был выявлен ВПЧ 16 типа, у 14 пациенток — ВПЧ 18 типа. В организме каждой из женщин, наряду с ВПЧ, были выявлены другие этиологические факторы в различных комбинациях. Радионуклиды были выявлены у 11 женщин. Проведены по 2 курса лечения. Положительная динамика в клинических проявлениях после 1 курса лечения отмечена у 26 пациенток, а эрадикация ВПЧ — у 29 пациенток. После 2-х курсов лечения полное исчезновение клинических проявлений отмечено у 17, заметное улучшение — у 9 и положительная динамика — у 4 пациенток. ВПЧ после 2-х курсов лечения определялся только у 1 пациентки.

Таким образом, алгоритм электропунктурной диагностики включает стадию приготовления различных разведений нозода, приготовленного из патоморфологического материала и тестирование нозода разных разведений. Алгоритм лечения включает подбор тестированием волновых характеристик гомеопатических препаратов, электронную перезапись волновых характеристик нозодов и гомеопатических препаратов, которые при совместном тестировании доводят показатели ЭП в БАТ до нормы (60 у. е.) на носитель (нами используется индифферентное полимерное вещество, обладающее электретным свойством). Аппаратно-программный комплекс «ЮПРАНА-Про» может быть успешно использован для скрининг-диагностики ВПЧ, выявления сопутствующих инфекций, индивидуального подбора гомеопатии. Используя комплекс, можно также изготовить энергоинформационное средство для проведения индивидуально подобранного этиотропного лечения, основанного на принципе подобия.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2013. Volume 3. Issue 1

ID: 2013-01-4011-R-1827 Тезис

Устимова Н.Д.

Интернет-зависимые пациенты в практике гомеопатии

г. Саратов

Гомеопатия с первых лет существования подвергалась нападкам фармацевтов, аллопатов. На современном этапе, несмотря на доказанность преимущества этого способа информационной терапии и его перспективу, недоброжелателей не стало меньше. Интернет технологии, на наш взгляд, вносят свою лепту в этот процесс, изменяя сознание пациентов и работоспособность мозга.Корреляция эффективности интеллекта с нейрофизиологической способностью мозга совершать выбор, обрабатывая информацию, лежит в основе измерения показателей по AQ (Ай-кью, Р. Лин, Г. Ю. Айзенк), она зависит от мозговых ритмов и определяется сбалансированностью Дельта и Бета ритмов. Н.А. Семенова (2010 г.) выделяет три системы связи мозг-тело: ЦНС, кровь, система внутренних излучателей внутри мозга. Нарушение связи головного и спинного мозга способствует разбалансированности работы энергетических центров.

А.Г. Дугин (2012 г.), отмечает, что постмодернизм, как период, сменяющмй модернизм в условиях глобализации, предполагает превращение человека в приставку к компьютеру. Это направление называется трансгуманизацией. Исключается мозг, как главный орган человеческого тела, идет уничтожение человеческого в человеке. Человек навязывает своему телу диктатуру сознания – это противоречит демократии. Сейчас этот механизм кажется совершенно невозможным. Сто лет назад идеи современных модернистов и индивидуалистов тоже казались бредом и дурной утопией. Процесс формирования зависимости человека от компьютера активно внедряется в общество в настоящее время. Это способствует росту агрессии. С.П. Капица (2011 г.) говорил, что общество «темнеет и скатывается в средневековье».

Цель работы – изучение особенностей состояний организма и поведения интернетзависимых пациентов (ИП) при лечении их гомеопатическими препаратами (ГП).

Установлено, что ИП, создавая свой мир, до десяти лет и более, черпают информацию в интернете, разваливаясь до состояния Lues, Sycos. Рассматривая уровни здоровья по Дж. Витулкасу, можно выделить значительные нарушения в ментальном, сосудистом, эндокринном звеньях иерархии. Это свидетельствует о глубоких, порой необратимых изменениях в высших регуляторных звеньях организма, и требует больших усилий и времени по их устранению.

Параллельно с ГП пациенты принимают различные аллопатические средства (АС), травы и препараты из них, БАД, находя их и приобретая через сеть интернет, консультируются у парапсихологов и целителей. Самолечение гомотоксикологическими комплексными веществами, ГП, возрастает по мере увеличения зависимости от интернета.

Параллельно исчезает вера врачам. Формируется агрессия, легкомысленное отношение к своему здоровью и уверенность в правоте своих действий. В процессе лечения ГП пациенты становятся оппонентами для врача, перепроверяя и изменяя назначения после «консультации» в интернете. Эти действия с большим трудом поддаются коррекции. Полное недоверие врачам – основной симптом сформированной патологии у ИП.

Постоянный поиск новых препаратов, попытка достать их любой ценой, замкнутый круг в стремлении к исцелению, самолечение и склонность к мистификации, порой формирует неуправляемость характера и употребление определенных групп лекарственных веществ. Наиболее популярные из них - гипотензивные, мочегонные препараты, витамины и антибиотики, уринотерапия, методы Г.П. Малахова. Часто в эту группу попадают люди после продолжительных и тяжелых стрессов, отбившиеся от общества. Для них особое значение имеет Форум - своеобразный консультативный центр. К врачу-гомеопату они попадают по совету людей, которым они особенно доверяют, имея большую вербальную зависимость от источника информации. Поиск слова, доминирующего в мозгу, идет часами, преимущественно ночью, словно изоляция от окружающего мира способствует этому. Это интроверты, упорно замкнувшиеся на интернете, считающие его палочкой-выручалочкой, неохотно расстающиеся с ним и новыми «друзьями-советчиками».

При лечении ГП требуется особенная осторожность в подборе фраз при общении, тщательный анализ симптомов и подбираемой дозы. Интернетзависимость людей с ориентацией на оккультизм - серьезный симптом социально неблагополучного общества. Этот фактор подчеркивает необходимость кардинальной перестройки здравоохранения с учетом современных достижений при выявлении интернетзависимых пациентов. Компьютерная игромания детей и подростков – база для формирования психических расстройств, прогрессирующих с возрастом. Это беда современного общества.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

ID: 2013-01-4011-R-1828 Тезис

Устимова Н.Д.

Фактор риска с позиции гомеопатии и физиологии

г. Саратов

В настоящее время в развитии заболеваний принято выделять понятие «фактор риска» (ФР) их возникновения. В условия пандемии ожирения, сахарного диабета (СД), сердечно-сосудистых заболеваний наметилась тенденция изменения понятия «норма». С января 2012 г. в стране действует новый закон о приоритете профилактики, пересматривается понятие о ФР. Особый акцент делается на ранних проявлениях патологии в молодом и среднем возрасте.

Цель работы – качественное расширение картины реальности, актуализация и раскрытие новых проявлений нарушений в организме человека на ранних стадиях развития патологического процесса.

Анализ понятия ФР проведен с позиции гомеопатии на основе реперторизации по полноценному симптому (крест Святого Андрея). В качестве примера использована информация по толерантности в глюкозе (ТТГ) и пище при формировании нарушенной толерантности (НТГ) и СД. Понятие НТГ правомерно было введено экспертами ВОЗ и обозначалось при гликемии натощак более 5,55 ммоль/л.

В рассматриваемой ситуации основной симптом - гипергликемия в ткани (крови) - может изменяться в различных пределах, выходя за рамки нормы. Кровь – жидкая ткань, непрерывно циркулирующая по организму. И все ее параметры являются интегральными. Модальности следует учитывать с различных позиций: как при проведении ТТГ, так и на прием типичной пищи. Важно учитывать время суток, ситуации, ухудшающие или улучшающие гликемию (голодание, переедание, стресс, физическая нагрузка, гиподинамия, характер пищи и т.д.). Особое значение имеют сопутствующие симптомы. Они могут проявляться при проведении ТТГ (рвота, боль различной локализаций, расстройство стула, обострение хронических заболеваний, аритмия, анемия и т.д.) или приеме пищи.

При скрининге, в рамках Государственной Программы по эпидемиологии СД, нами отмечены 69 симптомов на нагрузку глюкозой (обострение хронического панкреатита с длительным болевым синдромом, расстройство сердечного ритма, диарея и др.), что свидетельствует о неблагоприятном действии глюкозы на организм. Поэтому целесообразнее использовать нагрузку типичной пищей (Устимова Н.Д., 1987, А.С. № 1423964 А1), учитывая и реакцию на нее тоже. По различным проявлениям можно выявить состояния систем со сниженной резистентностью к глюкозе или пище (это многокомпонентный фактор, закрепленный динамическим стереотипом). ТТГ в данной ситуации можно расценивать как рефлекс новизны или рефлекс «что такое?» по И.П. Павлову, считая глюкозу стрессором.

Изучение отдельных параметров организма людей при ТТГ (количество эритроцитов, величина АД на обеих a.a. radialis) показало возможность выявления разбалансировки отдельных звеньев функциональной системы (ФС) стабилизации гликемии под влиянием глюкозной нагрузки даже у людей с нормальным ТТГ. Понятие ФС введено П.К. Анохиным (1935). Автор указывал, что при необходимости ФС организуют свою деятельность для достижения цели (полезного результата), не считаясь с энергозатратами. Полезным биологическим результатом служит, в данном случае, норма гликемии. Полезный результат может не совпадать с ожидаемым полезным эффектом. При ТТГ у людей с НТГ и СД снижение количества эритроцитов в периферической крови, гипо- или гипертензия, ассиметрия АД встречались чаще и носили более выраженный характер. Порой эти ранние симптомы неблагополучия ФС стабилизации гликемии в организме появляются на доклиническом этапе. Поэтому норма гликемии с отдельными нарушениями может рассматриваться как компенсация, НТГ – субкомпенсация, а СД – декомпенсация в ФС.

При лечении СД используются различные гомеопатические препараты (Песонина С.П. и соавторы, 2010; Тарасюк С.В., 2000; Устимова Н.Д., 2009, 2010). Вместе с тем, рассматривая гипергликемию и НТГ как основные ФР СД, нужно установить и устранить ранние признаки нарушений и изменить систему диагностики, лечения и профилактики заболеваний.

Эти же положения верны по отношению к гипо- или гипертензии, ассиметрии АД с позиции ФС стабилизации АД. При реперторизации по кресту Святого Андрея, следует обязательно учитывать такие модальности, как гипергликемия в сочетании с нагрузкой объемом и гиподинамией (Устимова Н.Д., 1987 г.). Не менее важно принимать во внимание повышенную солнечную активность, извержение вулканов, природные катаклизмы, в частности, аварию на АЭС Фукусима, особенно в первые три дня после произошедшего события, последствия от которых длятся достаточно долго. Для Саратова и области важен факт превышения летней температуры воздуха на 4 градуса (аномальная зона), что также не безразлично для системы кровообращения (Устимова Н.Д., 2011г.).

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2013. Volume 3. Issue 1

ID: 2013-01-4011-R-1829 Тезис

Шерина Т.Ф.

Выявление этиологических факторов у больных с диагнозом «деформирующая дорсопатия» при помощи комплекса «ЮПРАНА-Про»

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, лаборатория по разработке и внедрению новых нелекарственных терапевтических методов НИЦ

Выявление причинных факторов и их патологических последствий для организма, воздействующих на различные уровни функционирования, является главной задачей диагностики и лечения заболеваний. Наиболее эффективным является лечение, которое способствует элиминации этиологических факторов, что в свою очередь влияет на нормализацию гомеостаза организма.

В зависимости от тяжести заболевания и естественных возможностей иммунной системы конкретного организма, внутри клеток и на клеточных мембранах поврежденных органов могут оставаться токсины и продукты распада возбудителей перенесенного острого заболевания, которые способствуют хроническому течению патологического процесса.

Метод исследования динамики электропроводности в биологически активных точках при воздействии на организм пациента слабым током, промодулированным энергоинформационными характеристиками болезнетворных факторов (микробов, вирусов, паразитарных, радионуклидов и т. д.), органопрепаратов, является перспективным и научно-обоснованным способом диагностики, позволяющим определять характер патологии и выявлять этиологические факторы. Известны различные модификации метода Р. Фолля. Нами применялась модификация доктора Юсупова Г. А., реализованная с помощью аппаратно-программного комплекса «ЮПРАНА-Про» (Рег. удостоверение № ФСР 2008/03380).

Цель научной работы: изучить возможности модифицированного метода электропунктурной диагностики с медикаментозным тестированием в выявлении этиопатогенетических звеньев развития деформирующих дорсопатий позвоночника и предложить новый подход к его немедикаментозному лечению.

Объект и методы лечения: обследовано 174 пациента с болевым синдромом, связанным с деформирующей дорсопатией (остеохондрозом позвоночника). Выявлено, что у 153 (88%) больных болевой синдром полностью исчез, после курса лечения средством с энергоинформационными характеристиками HerpesZoster, Meningococcinum, Brucella в комплексе с соответствующими гомеопатическими препаратами, которые были подобраны тестированием.

Результаты исследования и их обсуждение: полученные результаты дают основание сделать вывод, что наиболее частыми этиологическими факторами при болевом синдроме, связанном с остеохондрозом позвоночника, который плохо поддается лечению, являются токсины менингококка в сочетании с токсинами бруцеллезной палочки и герпеса Зостер (88%). Из научной литературы известно, что мишенью для вируса HerpesZoster являются межпозвоночные нервные ганглии, нервные корешки, периферические нервы. Мишенями для менингококка, в частности, являются оболочки спинного мозга, а для токсина бруцеллезной палочки мишенью являются суставы, мышцы, связки и нервная система.

Таким образом, можно сделать **вывод**, что каждый из выявленных этиологических факторов формирует этиопатогенетическое звено, а в комплексе эти звенья приводят к хроническому течению заболевания, которое часто не поддается стандартному лечению. Только этиотропное лечение в таких случаях может привести к выздоровлению. Используя данную методологию, удалось выявить этиологические факторы, которые могут привести к аденоме простаты, к миоме матки, к мастопатии, бесплодию, полиартриту, к аллергическим и к злокачественным заболеваниям.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

ID: 2013-01-4011-T-1830 Тезис

Шишина Т.Л.

Возможности применения простейших психологических методик для гомеопатического назначения

Гомеопатический центр «София», г. Саратов

Знание и применение простейших методик, широко используемых в психологическом консультировании, может существенно облегчить процесс поиска подобного препарата. Особенно это касается случаев, когда подобное средство относится к категории так называемых «малых препаратов», у которых к тому же нет ярко выраженных «ключевых симптомов» и упоминание о них редко встречается в репертуариумах (либо не встречается вообще).

В докладе представлены 2 случая Limulus,где препарат был подобран на основании метода спонтанного рисунка и совпадения клинической картины заболевания с патогенезом в Materiamedica. Limulus, согласно В. Берике,- это «королевский краб» Xiphosura. Препарат был введен в практику Герингом и испытан Липпе. Кровь этого членистоногого голубого цвета за счет соединений меди и Геринг рекомендовал Limulus при холере, как и соли меди.

Репертуризация симптомов в приведенных случаях респираторного аллергоза приводила к назначению других препаратов, улучшавших состояние на короткое время и требовавших частого повторения. Назначение же Limulusпривело к стойкой ремиссии. Применение методик непрямого опроса, простейших тестов может значительно расширить возможности врача-гомеопата, сделать процесс нахождения подобия менее трудоемким и более творческим.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2013. Volume 3. Issue 1

ID: 2013-01-4011-R-1831 Тезис

Щеникова Е.Ю., Песонина С.П.

Основы технологии подготовки педиатров в области гомеопатии в современных условиях

Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

В 1995 г. приказ МЗ РФ «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении» с одной стороны легализовал положение гомеопатии в России, с другой стороны– поставил вопрос об организации подготовки врачей-гомеопатов, включая педиатров-гомеопатов, на кафедрах и курсах высших учебных заведений. Принятая в 1999г. Болонская декларация, которую в дальнейшем подписала и Россия, способствовала изменению философии высшего образования в нашей стране и переходу от «преподавания» к «учению» за счет увеличения самостоятельной деятельности слушателя и использования современных методик и методологии.

Крупнейший теоретик и практик образования взрослых, американский ученый М.Ш. Ноулз считает главной сегодняшней задачей «производство компетентных людей - таких людей, которые были бы способны применять свои знания в изменяющихся условиях, и ... чья основная компетенция заключалась бы в умении включиться в постоянное самообучение на протяжении всей своей жизни». Дело обучения, resstudiorum, всегда бывшее многотрудным занятием, ныне становится еще более сложным, напряженным и тяжелым. В современных условиях необходимой составляющей профессиональной компетенции педагога становится знание особенностей организации обучения взрослых и умения максимально использовать все педагогические приемы и методы».

Целью настоящего исследования было изучение особенностей и основных принципов обучения взрослых людей и возможностей их применения при подготовке педиатров в области гомеопатии.

Существуют принципиальные различия между взрослыми обучающимися и студентами вообще и в процессе обучения в частности, которые обуславливают основные принципы обучения взрослых. В ходе медико-социального исследования (опрошено 114 педиатров – гомеопатов) выявлено, что педиатры-гомеопаты обладают всеми характеристиками взрослых людей:

1. их осознанность и ответственность проявляется в том, что они задумались о расширении своих терапевтических возможностей (36,8%) для снижения фармакологической нагрузки на организм ребенка и для решения этой задачи выбрали подготовку в области гомеопатии;
2. у врачей накоплен большой бытовой, социальный и профессиональный опыт: 52,6% педиатров-гомеопатов находятся в возрасте от 41 до 54 лет; 76,3% имеют общемедицинский стаж более 10 лет;
3. у врачей присутствует высокий уровень мотивации, который обусловлен стремлением повысить уровень профессиональной компетенции (36,8%), добиться морального (42,1%) и материального (13,2%) удовлетворения от своего труда. Высокий уровень их мотивации подтверждается тем, что 68,4% педиатров-гомеопатов оплачивало свое обучение из личных средств. Они понимают определенность, осознанность цели своего обучения, имеют четкое представление о дальнейшем применении полученных знаний, умений и навыков;
4. педиатры - гомеопаты выбирают интенсивные формы обучения, стремясь за короткие сроки получить максимум знаний, умений, навыков;
5. при подготовке в области гомеопатии в СЗГМУ им. И.И. Мечникова имеется востребованный опыт преподавания в области гомеопатии в вечернее время, в выходные дни.

Таким образом, за основу технологии организации подготовки педиатров в области гомеопатии в современных условиях может быть взята модель обучения взрослых людей. Целесообразно использовать формы и методы, обеспечивающие проблемно-ориентированное и контекстное обучение.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

ID: 2013-01-4011-R-1832 Тезис

Юсупов Г.А.

Алгоритм диагностики и лечения при бесплодии с применением комплекса «ЮПРАНА-Про»

ОАО «Холдинг «ЭДАС», Россия, г. Москва

Актуальность разработки и поиска новых методов диагностики и лечения бесплодия не оставляет сомнений у современных врачей. К настоящему временисформировались различные модификации метода электропунктурной диагностики с медикаментозным тестированием. Наиболее перспективными являются методы, использующие компьютерные комплексы.

Целью настоящего исследования является изучение возможности авторской модификации метода с использованием комплекса «ЮПРАНА-Про», позволяющей выявить этиологические факторы, которые могут служить причинами бесплодия, а также оценка эффективности индивидуально подобранного лечения, основанногона принципах подобия.

Для проведения электропунктурной диагностики с медикаментозным тестированием нами использовался комплекс аппаратно-программный «ЮПРАНА-Про» (рег. удостоверение ФСР 2008/03380). Комплекс имеет существенные отличия от аналогов, повышающие точность диагностики и эффективность индивидуально подобранного лечения. Компактность комплекса и возможность электропитания от порта USB ПК (ноутбука, нетбука, смартфона) позволяет проводить исследование и приготовить индивидуально подобранное средство в стационарных, в амбулаторно-поликлинических и домашних условиях за 15-20 минут. Исследование динамики электропроводности и интерпретация результатов измерений проводились в авторской модификации. Методика, техническиехарактеристики комплекса «ЮПРАНА-Про» и компьютерная программа совершенствовались в течение 16 лет.

В начале проводились замеры исходных показателей электропроводности на 5-7 БАТ, расположенных на фалангах кистей рук, для дальнейшего исследования отбирались БАТ, результаты измерений в которых оказывались повторяемыми. Тестированием выявлялись болезнетворные факторы (микробы, вирусы, паразиты). На втором этапе индивидуально подбирались волновые характеристики для приготовления энергоинформационного лечебного средства – «записи рецепта»на индифферентное вещество, обладающее электретным свойством (фиксировать волновые характеристики при фазовом переходе) или на магнитный аппликатор (заявка на патент № 2005134989/14). Один курс лечения длится 4 недели. Средство принимается внутрь по схеме или магнитный аппликатор с индивидуально подобранными волновыми характеристиками прикрепляется лейкопластырем к коже на проекции сосудисто-нервного пучка плеча. В среднем достаточно 2 – 3 курсов. Для каждого курса лечения волновые характеристики подбираются повторным тестированием.

Диагностика и лечение с 2008 года по 2011 г. проведены 24 женщинам с бесплодием в возрасте от 21 до 42 лет. Первичное бесплодие отмечалось у 6 женщин, вторичное – у 15 женщин, у 3 женщин отмечалось невынашивание (внутриутробная гибель плода). Исходные показатели у всех 24 женщин были ниже нормы примерно на 15 – 20 у.е. (норма в данной модификации 60 у. е.).

Положительный тест, который указывает на наличие в организме исследуемых тех или иных этиологических факторов (возбудителей или их токсинов), отмечался при тестировании волновых характеристик возбудителей из различных групп: Цитомегаловируса, вируса Эпштайна-Барра, вируса генитального Герпеса, Паротита, Хламидии, Трихомонады, Уреаплазмы, Микоплазмы, Листерии, Токсоплазмы, Стафилококка, Гонококка. В организме каждой из женщин этиологические факторы выявлялись в различных комбинациях. Радионуклиды были выявлены у 9 женщин. После проведенных курсов лечения, способствующих выведению этиологических факторов, выявленных тестированием, беременность в течение 6 месяцев наступила у 4 женщин, в течение 12 месяцев – у 7 женщин и у 10 женщин беременность наступила в течение последующих лет. У 1 женщины с первичным бесплодием наступила внематочная беременность, потребовавшая оперативного вмешательства. У 2 женщин лечение оказалось безрезультативным. Важно отметить, что беременность у всех женщин протекала без выраженных токсикозов, дети родились здоровыми или без существенных отклонений от нормы.

Таким образом, очевиден вывод: аппаратно-программный комплекс «ЮПРАНА-Про» может служить незаменимым и современным инструментом для врачей, так как он позволяет выявить этиологические факторы, а индивидуально подобранное лечение способствует их выведению из организма.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2013. Volume 3. Issue 1

Гомеопатическая фармакопунктура, рефлексотерапия и реабилитация

ID: 2013-01-4013-R-1833 Тезис

Агасаров Л.Г.

Перспективные комплексные направления рефлексотерапии

Российская ассоциация рефлексотерапевтов
ФГБУ РНЦ «Медицинская реабилитация и курортология» Минздрава РФ, г. Москва

Рефлексотерапия занимает определенное (не исключаю, важное) значение как в системе восстановительной медицины, так и современной медицинской реабилитации. В самой рефлексотерапии разграничен ряд способов**, разрешенных** к медицинскому применению и, естественно, зарекомендовавших себя на практике.

Однако среди них выделяются **«**мягкие» и одновременно результативные комплексы, базирующиеся на применении факторов малой и сверхмалой интенсивности. Объяснение механизмов их действия далеко не всегда удовлетворительно - до известной степени они являются «черным» ящиком. Тем не менее, говоря об этих оригинальных направлениях рефлексотерапии, можно отметить два, интересующих нас, - фармакопунктуру и спектральную фототерапию.

Под фармакопунктурой подразумевают дробное введение тех или иных лекарственных средств, в первую очередь, гомеопатических, в область точек рефлексотерапии. В качестве основных механизмов здесь выделяют создание депо лекарственных средств, пролонгированное раздражение точек и, наконец, гипотетическую возможность взаимодействия точки и препарата.

Результативность этого рефлекторно-медикаментозного комплекса продемонстрируем на примере вертеброгенных синдромов. Больные с дорсопатией на пояснично-крестцовом уровне в фазе затянувшегося обострения были разделены на 2 группы. Помимо стандартной терапии, в основной группе проводили фармакопунктуру препаратом Цель Т (Хеель, Германия), а в группе сравнения препарат вводили внутримышечно. В результате положительные изменения в основной группе установлены в 76% наблюдений, тогда как в группе сравнения достоверно ниже – в 52%. По истечению 6 месяцев достигнутый эффект сохранялся в основной группе в 70% наблюдений, а в группе сравнения - в 48%.

Другой метод, спектральная фототерапия, базируется на стимуляции акупунктурных точек электромагнитными колебаниями света строго определенного спектрального состава, соответствующего тому или иному химическому элементу. При этом используют излучатели газоразрядных ламп, катоды которых обогащаются различными химическими элементами. Полагают, что в основе действия метода лежит изменение концентрации (в разы) микроэлемента в крови при воздействии на точку его же спектром излучения.

В качестве подтверждения эффективности метода, приведены результаты работы, повторяющей дизайн уже приведенного примера. Больные с дорсопатией на пояснично-крестцовом уровне были разделены на 2 лечебные группы. В 1-ой группе на фоне стандартной терапии выполняли спектральную фототерапию, во 2-ой - ее имитацию. В результате в 1-ой группе улучшение состояния установлено в 78% наблюдений, тогда как во 2-ой группе – в 50%. По истечению 6 месяцев в сравниваемых группах эффект сохранялся в 74% и 52% наблюдений соответственно.

Таким образом, даже два этих примера свидетельствуют о перспективах использования оригинальных способов рефлексотерапии в современной системе реабилитации больных.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

ID: 2013-01-4013-A-1834 Краткое сообщение

Белоглазов Д.Н., Лим В.Г.

Восстановительная терапия алкогольной полиневропатии

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра неврологии ФПК и ППС
Первый Московский Медицинский Университет им. И.М. Сеченова, кафедра мануальной терапии
МУЗ 1-я ГКБ им. Ю.Я. Гордеева, г. Саратов

Алкогольная полиневропатия (АП) представляет собой симметричную сенсомоторную невропатию, в основе которой, как правило, лежит дегенерация аксона.

Среди всех полиневропатий АП составляет 36%, при этом 64% больных алкогольной зависимостью (АЗ), осложнённой АП, становятся ограниченно трудоспособными или нетрудоспособными. Средний возраст больных, страдающих АЗ, составляет 55 лет.

Разработка эффективных методов лечения АП является актуальной задачей современного здравоохранения. В последнее время большое внимание в лечении заболеваний, в том числе и болезней нервной системы, отводится естественно-биологическим методам: массажу, ЛФК, мануальной терапии, гомеопатии, рефлексотерапии, гомеосиниатрии, фармакопунктуре, КВЧ- и ТГЧ-терапии. Основные их отличительные признаки: физиологическая активация процессов саморегуляции и мобилизация защитных сил организма, устойчивость достигнутых терапевтических эффектов, отсутствие аллергических и иных побочных реакций, возможность безопасного сочетания при курсовом лечении.

Цель исследования: разработка эффективных способов лечения больных алкогольной полиневропатией путём воздействия на биологически активные точки ЭМИ терагерцевого диапазона молекулярного спектра излучения и поглощения оксида азота 150,0±0,75 ГГц и применения фармакопунктуры тиамина.

Нами было обследовано и пролечено 147 пациентов. Все больные были разделены на три группы, сопоставимые по полу и возрасту. Первая группа состояла из 64 человек, вторая - из 58, третья (контрольная) - из 25. Больные с установленным диагнозом АЗ находились на лечении в наркологическом отделении клиники кожных и венерических болезней Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского.

В первую исследуемую группу вошли 48 (75%) мужчин и 16 (25%) женщин. Средний возраст составил 42,3±0,9 года. Вторая стадия АЗ была диагностирована у 45 (70,3%) пациентов, третья – у 19 (29,7%). Средняя толерантность к алкоголю составила 398,4±16,2 мл этанола. Средняя длительность приема алкоголя 10,1±0,3 лет. Средняя длительность невропатических симптомов – 15,6±1,2 мес. (таблица).

Во вторую исследуемую группу вошли 36 (62,1%) мужчин и 22 (37,9%) женщины. Средний возраст составил 42,9±0,9 года. Вторая стадия АЗ была диагностирована у 42 (72,4%) пациентов, третья – у 16 (27,6%). Средняя толерантность к алкоголю составила 401,7±16,8 мл этанола. Средняя длительность приема алкоголя 10,0±0,3 лет. Средняя длительность невропатических симптомов – 14,8±1,2 мес. (таблица).

В контрольную группу вошли 17 (68%) мужчин и 8 (32%) женщин. Средний возраст составил 43,6±1,6 года. Вторая стадия АЗ была диагностирована у 18 (72%) пациентов, третья – у 7 (28%). Средняя толерантность к алкоголю составила 388,0±31,2 мл этанола. Средняя длительность приема алкоголя 10,3±0,5 лет. Средняя длительность невропатических симптомов – 16,5±2,0 мес. (таблица).

Таблица. Общая характеристика пациентов с алкогольнойполиневропатией

Показатели	Пациенты 1-й группы (M±m)	Пациенты 2-й группы (M±m)	Пациенты 3-й группы (M±m)
Средний возраст, лет	42,3±0,9	42,9±0,9	43,6±1,6
Пол (мужчины / женщины), абс.к-во (%)	48/16 (75/25)	36/22 (62,1/37,9)	17/8 (68/32)
Средняя толерантность к алкоголю, мл этанола	398,4±16,2	401,7±16,8	388,0±31,2
Длительность приёма алкоголя, лет	10,1±0,3	10,0±0,3	10,3±0,5
Длительность невропатических симптомов, мес.	15,6±1,2	14,8±1,2	16,5±2,0

Критериями включения больных в исследование являлись:

Возраст до 60 лет.

Регулярный прием алкоголя в течение пяти лет и более, в количестве не менее 100 мл этилового спирта в сутки, а также больных с установленным диагнозом АЗ.

Отсутствие других причин полиневропатии (эндокринная, онкологическая, наследственная, тяжелая почечная патология, системные заболевания крови и др.).

Больных не включали в исследование при имеющейся наркотической, лекарственной зависимости, наличии инфекций и тяжелой соматической патологии.

По данным УЗИ органов брюшной полости и анамнеза у пациентов была выявлена следующая сопутствующая соматическая патология: у 84 (68,9%) пациентов – жировая дистрофия печени, у 72 (59,8%) – хронический панкреатит, у 59 (48,4%) – хронический гастрит, у 14 (11,5%) – цирроз печени. У 67 (54,9%) пациентов в анамнезе отмечалась закрытая черепно-мозговая травма с сотрясением головного мозга.

Для диагностики АП применяли следующие шкалы: шкалу симптомов невропатии в нижних конечностях по Bril V., 1999.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2013. Volume 3. Issue 1

Для оценки интенсивности болевого синдрома была использована методика объективной оценки интенсивности болевого синдрома.

Исследование функционального состояния периферического нейромоторного аппарата проводилось методом стимуляционной электронейромиографии (ЭНМГ) на приборе Keypoint фирмы Medtronic (USA) с использованием моторных отводящих (регистрационный номер 9013C0111), сенсорных (регистрационный номер 9013S031) стандартных и стимуляционных электродов (регистрационный номер 9013S0351). Пациенты обследовались на базе ФГБУ «Саратовский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии». Анализировались следующие показатели: амплитуда М-ответа мышц стоп и кистей. М-ответ при супрамаксимальной стимуляции регистрировался с мышц - противопоставляющей большой палец, иннервируемой n. medianus, - короткого разгибателя пальцев стопы, иннервируемой n. peroneusprofundus, - отводящей большой палец стопы, иннервируемой n. tibialis. Измерение амплитуды М-ответа мышц кистей и стоп осуществляли по негативной фазе; скорость распространения возбуждения (СРВ) по двигательным волокнам в дистальных участках срединного, малоберцового, большеберцового нервов; дистальная латентность – время прохождения нервного импульса по дистальным немиелинизированным участкам нервов верхних и нижних конечностей.

Пациентам I группы, наряду со стандартным лечением, проводили ТГЧ-NO терапию, используя аппарат ТГЧ-терапии «ОРБИТА» ЯКУЛ.941526.001. ЭМИ ТГЧ-NO воздействовали на БАТ следующих меридианов: толстой кишки - GI4, GI11; желудка - E36; селезенки-поджелудочной железы - RP6; перикарда - MC5; тройного обогревателя - TR6; желчного пузыря - VB20, VB41; печени - F2, F3. При острой и подострой форме заболевания курс лечения составлял 10 процедур с экспозицией на каждую точку по 3 минуты (слева и справа), причём на 1-м, 3-м, 5-м, 7-м и 9-м сеансах лечения воздействовали на БАТ в последовательности GI4, E36, MC5, VB20 и F2, а на 2-м, 4-м, 6-м, 8-м и 10-м – на точки GI11, RP6, TR6, VB41 и F3.

При хронической форме заболевания курс лечения составлял 15 процедур с экспозицией на каждую точку по 5 минут. На 1-м, 4-м, 7-м, 10-м и 13-м сеансах лечения воздействовали на БАТ в последовательности GI4, E36 и MC5, на 2-м, 5-м, 8-м, 11-м и 14-м – на точки GI11, VB20 и F2, на 3-м, 6-м, 9-м, 12-м и 15-м сеансах – на точки RP6, TR6, VB41 и F3.

Пациентам IIгруппы наряду со стандартной терапией вводился тиамин в БАТ следующих меридианов: толстой кишки - GI6, GI11; желудка - E37, E41; тройного обогревателя - TR6; желчного пузыря – VB34, VB39. Воздействие на БАТ осуществляли в следующей последовательности: E37, GI6, VB34, TR6, VB39, GI11, E41. Курс лечения составил 10 процедур. Объём вводимого препарата в каждую точку равнялся 0,1 мл, глубина введения иглы – 0,5 см.

Пациенты III группы получали только стандартную терапию: дезинтоксикационную, ноотропную, гепатопротекторную, противосудорожную, а также витамины и антидепрессантные препараты.

Обработка полученных данных осуществлялась с применением методов медицинской статистики на персональном компьютере с помощью программы SPSS 8.0. Для расчета средних величин M и ошибки средней арифметической m применялась программа описательной статистики. Количественные переменные, в предположении их нормального распределения, сравнивались с помощью критерия Стьюдента (парный критерий Стьюдента для сравнения до и после лечения). Если предположение о нормальном распределении переменной нарушалось, сравнение осуществлялось непараметрическими методами: критерий Манна-Уитни для параллельных групп и критерий Уилкоксона для зависимых выборок.

Порядковые признаки сравнивались при помощи непараметрических методов: критерий Манна-Уитни для параллельных групп, критерий Уилкоксона для зависимых выборок. Все статистические сравнения осуществлялись на уровне значимости 95% ($p<0,05$).

Переносимость ТГЧ – NO терапии и фармакопунктуры оказалась хорошей. Нежелательных явлений не наблюдалось. Эффективность терапии оценивали по ЭНМГ исследованию и шкале объективной оценки интенсивности болевого синдрома. Лечение больных АП с помощью ТГЧ-NO терапии и фармакопунктуры показало высокую эффективность: по окончании курса ТГЧ-NO терапии и введения тиамина в БАТ положительный клинический эффект различной степени выраженности наблюдался у 85% и 80% больных соответственно. Уменьшались парестезии, купировался алгический синдром, наблюдалось улучшение поверхностных и глубоких видов чувствительности: болевой, температурной, тактильной, вибрационной, мышечно-суставного чувства. Получены положительные изменения в двигательной сфере. Получено статистически значимое ($p<0,05$) увеличение СРВ по периферическим нервам, амплитуды М-ответа, уменьшение латентного периода, коэффициента интенсивности болевого синдрома. Во время лечения и в течение шести месяцев после ТГЧ NO-терапии и фармакопунктуры у больных с АП побочных явлений не наблюдалось.

Выводы:

1. Для алкогольной полиневропатии характерна генерализованная симметричная сенсомоторная дистальная аксонопатия.
2. Электронейромиографическими признаками алкогольной полиневропатии являются значительное снижение амплитуды М-ответа и уменьшение скорости распространения возбуждения до 30% от нормы.
3. Фармакопунктура тиамина и пунктура электромагнитным излучением терагерцевого диапазона спектра излучения и поглощения оксида азота воздействуют на патогенетические звенья алкогольной полиневропатии.
4. Учитывая патогенетические механизмы развития алкогольной полиневропатии введение тиамина в биологические активные точки и ТГЧ - терапия частотой 150,0±0,75 ГГц с воздействием на БАТ являются эффективными методами лечения алкогольной полиневропатии.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

ID: 2013-01-23-R-1835 Краткое сообщение

Зоричева С. И., Медведева Е.Н.

Клинический опыт наблюдения за больными после перенесенного ОНМК на этапе реабилитации в санаторных условиях

ЗАО «Санаторий Октябрьское ущелье», г. Саратов

Инсульт – одна из наиболее тяжелых форм сосудистых поражений головного мозга. В России инвалидизация вследствие инсульта (3,2 на 10000 населения) занимает 1 место среди патологии, являющейся причиной инвалидности. Наиболее частым последствием, приводящим к инвалидности, является нарушение двигательных функций. По данным НИИ РАМН, к концу острого периода (3 недели от начала заболевания) двигательные нарушения наблюдаются у 81,2% из 100% выживших.

Инвалидность изменяет социальное положение больного и выдвигает перед ним ряд проблем.

В связи с актуальностью проблемы в России разработана система этапной реабилитации постинсультных больных, на основе интеграции стационарного, санаторно-курортного и поликлинического этапов.

В соответствии с приказом МЗ РФ № 44 от 27.01.2006г., в санатории «Октябрьское ущелье» на базе отделения реабилитации были организованы койки для больных после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) преимущественно в раннем восстановительном периоде, способных к самостоятельному передвижению, самообслуживанию, с уровнем физических, умственных и психических способностей, соответствующих положительным прогнозам восстановления трудоспособности.

Основными задачами реабилитации являются:

1. восстановление (улучшение) нарушенных функций
2. психическая и социальная реадаптация
3. профилактика постинсультных осложнений (спастичность, контрактуры) и повторных инсультов
4. подготовку больного к жизни и трудовой деятельности во внебольничных условиях.

Эффективность восстановительного лечения зависит от ряда факторов:

1. возраст
2. давность инсульта
3. исходного уровня двигательных нарушений
4. соматической отягощенности
5. нарушения психических функций

Основными направлениям лечебного процесса являются:

1. кинезотерапия в том числе в бассейне
2. бытовая реабилитация, включая обучение навыкам самообслуживания
3. борьба со спастичностью, включая ручной массаж, ИРТ, физиотерапию
4. медикаментозная терапия
5. психотерапия

Санаторий «Октябрьское ущелье» организован в 1955 г., на протяжении многих лет известен как кардиологическая здравница, в 2006 году получил лицензию на долечивание больных после перенесенного ОНМК и с августа начал принимать на долечивание больных. В 2007 г. поступило 227 человек, в 2008 г.– 175 человек, в 2009г. – 94 человека. Снижение поступлений пациентов связано с отменой бюджетного финансирования этого вида долечивания.

По окончании лечения было проанализировано 88 истории болезней за 2007 г. с транзиторной ишемической атакой (ТИА), инфарктом мозга (ИИ), субарахноидальным кровоизлиянием, паренхиматозно-субарахноидальным кровоизлиянием, нарушением спинального кровообращения, хронической ишемией головного мозга (ХИГМ) с дисфункцией в вертебробазиллярном бассейне (ВББ).

Все больные получали лечение: щадящий режим, диетическое питание, медикаментозное лечение, лечебную физкультуру индивидуально и малогрупповым методом, массаж, дозированные прогулки по терренкуру, физиотерапевтические процедуры и занятия с психотерапевтом.

В первые дни при поступлении пациентам назначали щадящий режим, с дальнейшим его расширением, диетическое питание. Медикаментозное лечение проводилось ноотропными препаратами и препаратами нейротрофического действия: (глицин, пирацетам и др.), вазоактивными препаратами: (инстенон-форте; кавинтон, циннаризин, винпоцетин и др.), антиагрегантами (аспирин кардио; кардиомагнил, тромбо–асс), гипотензивными препаратами (ингибиторы АПФ; АРА и др.), поливитаминами, седативными средствами, антиаритмические препаратами.

Все больные при поступлении после осмотра невролога были проконсультированы врачом физиотерапевтом. Физиолечение пациенты получали не ранее 15 дня с момента заболевания при ТИА и МИ, при субарахноидальном кровоизлиянии - не ранее 24 дня заболевания после стабилизации состояния.

При назначении процедур во внимание принимались жалобы больного, тяжесть состояния, наличие сопутствующей патологии, данные объективных методов обследования (УЗДГ сосудов головного мозга, РЭГ, МРТ). При ТИА и ИИ: э/ф с йодом по глазнично-затылочной методике, э/ф магния и йода по воротниковой методике, э/ф эуфиллина по воротниковой методике, магнитотерапию на область затылка, лазерную терапию.

Для уменьшения спастичности конечностей назначали иглорефлексотерапию (ИРТ).

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2013. Volume 3. Issue 1

В комплекс лечения пациентов при наличии сопутствующей АГ на фоне приема гипотензивных средств включали «сухие углекислые ванны» по общепринятой методике, массаж по показаниям, ЛФК, психотерапию или аэрофитотерапию. Больные также получали кислородный коктейль, фиточай.

Всем пациентам при поступлении врачом лечебной физкультуры назначалась ЛГ индивидуально, а затем в группе малогрупповым методом. При сохраненной координации движений занятия в бассейне проводились индивидуально для снижения спастичности.

Пациенты с нарушениями двигательных функций в руке, ноге занимались на бытовых тренажерах для восстановления бытовых навыков.

В результате комплексного лечения пациенты отмечали улучшение общего самочувствия.

В результате анализа историй болезни этих пациентов улучшение отмечено у 81 чел., что составляет – 92%. от общего числа больных, без перемен – у 6 чел. (68%) (отмечалось улучшение общего самочувствия с незначительными положительными неврологическими симптомами), ухудшение - у 1чел. (госпитализирован с ухудшением самочувствия в ОКБ (повторная ТИА) на 14-й день лечения и пребывания в санатории).

Улучшение состояния у 33 больных с ТИА выражалось в исчезновении или уменьшении головных болей, в уменьшении или прекращении головокружений, в повышении толерантности к физическим нагрузкам, в улучшении сна, в уменьшении раздражительности, в уменьшении интенсивности боли вдоль позвоночника.

Улучшение общего самочувствия у 48 больных, перенесших инфаркт мозга (91,6%), выражалось в улучшении сна, уменьшении эмоциональной лабильности, раздражительности, исчезновении или уменьшении головных болей, головокружений, нормализации АД.

В неврологическом статусе улучшение выражалось восстановлением чувствительности в поражённых конечностях; увеличением мышечной силы в поражённых конечностях, увеличением объёма движения в них, уменьшением явлений дизартрии. У 6-ти больных с выраженными проявлениями инсульта - в виде грубых гемипарезов, моторной или сенсорной афазии - отмечалось улучшение общего самочувствия и незначительная положительная неврологическая динамика.

Таким образом, проведение реабилитации в условиях санатория после перенесенного инсульта является обоснованным и целесообразным, т. к. повышает качество жизни этих пациентов и сокращает время восстановительного периода лечения.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

ID: 2013-01-23-A-1836 Краткое сообщение

Комлева Н.Е. [1], Марьяновский А.А. [2]

Реабилитация больных с вертеброневрологическими заболеваниями с учётом коморбидности

[1] *ФБУН Саратовский НИИСГ Роспотребнадзора, г. Саратов,*
[2] *ЗАО «Арнебия», г. Москва*

Создать истинное представление о генезе болевого синдрома при вертеброневрологических заболеваниях (ВНЗ) является трудной задачей, если рассматривать проблему с позиции холистической медицины. На основании накопленного личного опыта нами были разработаны пути оптимизации реабилитационных мероприятий для пациентов с данной патологией путём включения в комплексную терапию курсов мануальной терапии и фармакопунктуры. Однако, учитывая наличие вертебровисцеральных и висцеровертебральных взаимосвязей, целесообразно оценить терапевтическую эффективность разработанных реабилитационных программ для пациентов с ВНЗ с учётом сопутствующей патологии. Для данных целей примером послужили клинические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и функциональное состояние грудного отдела позвоночника, учитывая сегментарную иннервацию заинтересованных структур.

Материал и методы

Под наблюдением находились 202 пациента в возрасте от 20 до 66 лет с ВНЗ в состоянии обострения в сочетании с клиническими проявлениями ГЭРБ. Независимо от ведущего синдрома, у всех пациентов при мануальном тестировании были выявлены нарушения на уровне грудного отдела позвоночника в виде полирегионарной, регионарной или локальной миофиксации, болезненности паравертебральных точек, ограничении движения и пр.

В ходе рандомизации все участники исследования были распределены на две группы. Контрольную группу (КГ) составили 96 пациентов, находившиеся на стандартной терапии, в состав которой входили НПВС, стероидные препараты, миорелаксанты, которые, как известно, оказывают негативное воздействие на органы пищеварительной системы. При этом 17 (18%), человек из 96, у которых симптомы ГЭРБ были ярко выражены, получали так же в составе комплексного лечения ингибиторы протонного насоса, желчегонные средства, антациды. Основная группа (ОГ) состояла из 106 пациентов, которым был назначен курс фармакопунктуры и мануальной терапии для коррекции функциональных нарушений грудного отдела позвоночника. При выраженном болевом синдроме больным ОГ были рекомендованы НПВС по требованию, к которым за время наблюдения прибегло 3 человека.

В ОГ для проведения фармакопунктуры препаратами выбора были комплексные антигомотоксические препараты - Плацента композитум, Коэнзим композитум и Убихинон композитум. Препараты вводили в симметрично расположенные биологически активные точки (БАТ). Выбор БАТ осуществляли в соответствии с принципами рефлексотерапии и приоритетными являлись БАТ меридиана мочевого пузыря (V 22-30, 53, 54, 55, 60, 62), меридиана желудка (E 36), заднего срединного меридиана (VG 3, 4, 5), а также паравертебральные точки на уровне патологического очага в грудном отделе позвоночника. Курс фармакопунктуры составлял 14 дней, частота сеансов — 3 раза в неделю (через один день). Курс мануальной терапии составлял четыре сеанса – на первый день после клинико-инструментального обследования (для исключения противопоказаний), на 5-й, 8-й и 12-й день.

Для оценки эффективности терапии киническое обследование пациентов проводили до лечения и на 14-й день лечения, оценку качества жизни (КЖ) с помощью вопросника SF-36 - до лечения и на 30-31-й день, для изучения отдалённых результатов терапии оценивали наличие и выраженность клинических проявлений ГЭРБ до лечения, на 30-й день и через 6 месяцев после лечения.

Для статистического анализа применяли следующие методы статистического анализа - построение таблицы абсолютных частот парных наблюдений для сравнения частот бинарного признака в двух несвязанных группах, непараметрический тест Колмогорова-Смирнова, медианы, доверительные интервалы и точное значение p для критериев Колмогорова-Смирнова и Фишера, отдалённые результаты терапии изучали на основе кумулятивного анализа с последующим построением актуарных кривых значений.

Результаты и обсуждение

На первом этапе исследования мы сопоставили относительную частоту симптомов ГЭРБ в группах наблюдения до лечения и на 14-й день терапии, исключив пациентов, принимавших лекарственные средства, предназначенные для терапии ГЭРБ. При этом анализу подвергались наиболее характерные для ГЭРБ симптомы – изжога, рефлюкс, отрыжка и такие симптомы, как боль и/или дискомфорт в эпигастральной области, тошнота, горечь во рту, одинофагия, объединили в «другие симптомы». В ходе анализа установлено, что у пациентов ОГ все изучаемые симптомы статистически значимо регрессировали на 14-й день лечения, в то время как у больных КГ клинические проявления ГЭРБ усугубились. Установлено, что на 14-й день терапии встречаемость симптомов ГЭРБ статистически значимо ниже у пациентов ОГ по сравнению с представителями КГ.

Таким образом, применение мануальной терапии и фармакопунктуры в лечении пациентов с ВНЗ способствует регрессу не только неврологических симптомов, но и клинических проявлений ГЭРБ. Интерпретировать механизм действия применяемых методов терапевтического воздействия является сложной задачей. Однако, учитывая, что у участников исследования ОГ отсутствовало специфическое лечение, направленное на коррекцию симптомов ГЭРБ, можно предположить, что терапевтический эффект был достигнут за счёт нормализации вертебровисцеральных взаимосвязей.

С позиции доказательной медицины важной задачей является оценить показатели КЖ у пациентов, подвергаемых изучаемому методу лечения. По всем показателям КЖ до лечения группы наблюдения не имели статистически значимых различий ($p>0,05$). На 30-31-й день терапии все показатели КЖ, за исключением параметра «социальное функционирование», статистически значимо превалировали у пациентов ОГ, что подтверждает терапевтическую эффективность мануальной терапии и фармакопунктуры у пациентов с ВНЗ.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2013. Volume 3. Issue 1

Следующий этап нашего исследования состоял в изучении влияния проводимой терапии у больных с ВНЗ на клинические проявления ГЭРБ в разные временные интервалы. При этом в КГ вошли 96 пациентов (в том числе больные, получавшие лечение по поводу ГЭРБ), в ОГ - 106 человек. Оценку эффективности лечения больных в обеих группах проводили на основе кумулятивного анализа с последующим построением актуарных кривых значений, отражающих частоту и интенсивность симптомов ГЭРБ, в ранний постгоспитальный и отдалённый период – через 0,5, 1 и 6 месяцев от начала лечения. Для суждения о результатах лечения применяли оценочные критерии, представляющие качественную оценку и содержащие три градации результатов – «улучшение», «состояние без изменений» и «ухудшение». Под плохим исходом подразумевали ухудшение самочувствия или отсутствие положительной динамики в ходе лечения, которые соответствовали оценочным критериям «состояние без изменений» и «ухудшение».

Данные кумулятивного анализа, характеризующие частоту и интенсивность клинических проявлений ГЭРБ у больных с ВНЗ, свидетельствуют о том, что на 14-й день терапии кумулятивная степень хороших исходов в обеих группах не имеет существенных различий. При детальном анализе выявлено, что лучшие результаты лечения в ранний постгоспитальный период наблюдались у той части пациентов КГ, которые принимали лекарственные средства по поводу ГЭРБ (ингибиторы протонного насоса, желчегонные препараты, антациды). Тем не менее, 40% больных КГ отмечали усугубление жалоб со стороны пищеварительной системы: изжогу, отрыжку, рефлюкс, тошноту, боль, чувство дискомфорта в эпигастральной области.

Отдалённые результаты терапии у пациентов ОГ свидетельствуют о высоком терапевтическом эффекте на всём протяжении исследования (до 6 месяцев), что может характеризовать применяемые методы лечебного воздействия как оптимальные для реабилитации пациентов с ВНЗ с сопутствующими заболеваниями пищеварительной системы, в частности ГЭРБ.

Заключение

Проблема реабилитации пациентов с ВНЗ во многом определяется особенностями саногенетических реакций, реализованных на уровне различных систем целостного организма и направленных на купирование возникших морфофункциональных нарушений.

Лечение пациентов с наличием сочетанной патологии является трудной задачей, и нами доказано, что внедрение курсов мануальной терапии и фармакопунктуры в реабилитационные программы для пациентов с ВНЗ позволяет не только в короткие сроки купировать болевой синдром, но и способствует регрессу симптомов ГЭРБ. Данные методы лечения способствуют оптимизации саногенетических реакций, снижению случаев полипрагмазии у проблемных больных и оказывают холистическое воздействие на организм пациента.

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

ID: 2013-01-4011-R-1840 Краткое сообщение

Крутцов А.С., Романенко В.Ю., Филинова Ю.В.

Клиника и комплексное лечение головной боли напряжения

ГБОУ ВПО СаратовскийГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
МУЗ ГКБ № 9, г. Саратов
Многопрофильная клиника "Сова", г. Саратов

Среди всех типов головной боли, пожалуй, самым частым ее видом является головная боль напряжения (ГБН). По современным данным, ГБН составляет от 40 до 80% среди прочих случаев головной боли. ГБН представляется как отдельный вид реакции на стресс и сопровождается непроизвольным напряжением перикраниальных мышц.

В клинической картине доминируют жалобы на двухсторонние боли в теменно-височной или фронтальной области, возникает ощущение стягивания в виде "обруча", "каски", "шлема" или боль в затылочной части с переходом на область шеи. Боль может носить давящий, стягивающий или распирающий характер. Интенсивность болевых ощущений, как правило, умеренная.

В анамнезе часто прослеживается связь со стрессом и конфликтными ситуациями, выражены эмоциональные нарушения: депрессия, тревога. Показана взаимосвязь выраженности эмоциональных нарушений с интенсивностью болевого синдрома. На фоне болевого синдрома возможно возникновение фоно- и фотофобии, тошноты. Встречаются вегетативные нарушения, гипервентиляционный синдром, нарушение ночного сна. ГБН часто сочетается с кардиалгиями, абдоминалгиями, люмбалгиями.

В последнее время при клиническом осмотре большое значение придается развитию у таких больных миофасциального синдрома. В большинстве случаев (до 70%) при пальпации перикраниальных мышц, мышц шеи и верхнего плечевого пояса определяется их напряжение и выраженная болезненность с формированием триггерных точек, обуславливающих как локальную, так и отраженную боль.

Несмотря на высокую распространенность ГБН, патогенез ее до сих пор еще не раскрыт. Решающую роль в патогенезе ГБН имеет депрессия. Хронические боли являются одним из клинических признаков депрессии, наряду с жалобами на сниженное настроение, астению и нарушения сна. При скрытой депрессии хроническая боль любой локализации, в том числе и головная боль, часто ее единственное проявление.

Основываясь на современных представлениях о патогенезе ГБН, основными терапевтическими направлениями как медикаментозной, так и немедикаментозной терапии являются психотропное-антидепрессантное, направленное на усиление центральных антиноцицептивных виляний, и миорелаксантная терапия, уменьшающая болевой поток с периферии.

Целью настоящего исследования было изучение эффективности включения в комплексное лечение ГБН гомеопатического препарата фирмы ОТІ "Биодиск".

Биодиск - комплексный гомеопатический препарат с метаболическим, противовоспалительным, противоболевым, противоотечным, хондропротективным, миорелакесирующим и лимфодренажным действием.

Единственным клинически значимым побочным действием препарата является его индивидуальная непереносимость.

Под нашим наблюдением находилось 39 больных (36 женщин и 3 мужчин) страдающих ГБН с миофасциальным болевым синдромом. Средний возраст пациентов составил 34,9±4,5 лет. Обследование больных включало клинико-неврологическое исследование, пальпацию перикраниальных мышц, мускулатуры шеи и верхнего плечевого пояса, определение интенсивности головной боли по шкале ВАШ, уровень тревожности по тесту Спилбергера.

У всех больных ГБН имела хроническую форму. При пальпации мышц головы, шеи и верхнего плечевого пояса определялась болезненность шейно-плечевой области и напряжение перикраниальных мышц, имелись болезненные мышечные уплотнения - триггеры, локализованные в височных и горизонтальной порции трапецевидных мышц, т.е. головные боли напряжения с выраженным мышечно-тоническим компонентом. До обращения в нашу клинику все пациенты получали стандартное комплексное лечение без достижения значимого терапевтического эффекта.

Под нашим наблюдением пациентам назначалась комплексная терапия, включавшая препараты витаминов группы В, магния, церебропротекторы, вазоактивные препараты. Роль антидепрессантов выполняли препараты магния и церебропротекторы (церебролизин) в расчете на курс лечения из 10 дней. Биодиск вводили паравертебрально на уровне с С2 по С7 и по обнаруженным триггерным точкам в объеме 0,3-0,5 мл в каждое место на курс из 7-12 инъекций.

Клинический эффект в виде уменьшения головной боли и улучшения настроения больные начинали отмечать уже после 3-4 инъекций. Стойкий результат достигался к концу курса лечения. Одновременно с уменьшением головной боли было отмечено клиническое уменьшение тревожно-депрессивных расстройств, общая нормализация состояния, показателей АД, ЧСС. Побочных эффектов не наблюдалось.

Таким образом, проведенное нами исследование больных с головной болью напряжения с миофасциальным синдромом показало, что включение в комплекс лечебных мероприятий гомеопатического препарата Биодиск является эффективным дополнением существующих схем лечения, способным не только сократить время лечения ГБН, но и снизить дозы антидепрессантов и вазоактивных препаратов.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2013. Volume 3. Issue 1

ID: 2013-01-4013-R-1841 Краткое сообщение

Лифшиц В.Б., Рукин Е.М., Симонова Е.А., Творогова А.В.

Спектрофототерапия – новый подход к лечению и профилактике

ООО «СФТ центр», г. Москва

Современный этап развития физиотерапии и рефлексотерапии характеризуется всё более отчётливой тенденцией замены высокоэнергетических лечебных факторов факторами малой и сверхмалой мощности. Использование таких факторов вызывает более специфичные ответные реакции организма по сравнению с высокоэнергетическими и нередко классифицируется, как "информационное воздействие".

Специфичность лечебно-профилактического влияния ещё больше возрастает при действии низкоэнергетического фактора на определённые рефлексогенные (биологически активные) зоны, в частности – точки акупунктуры. Указанные общие тенденции относятся к использованию с лечебно-профилактическими целями различных физических факторов, в том числе - света.

Уже на ранних этапах развития фототерапии предпринимались попытки повысить специфичность её воздействия путём использования выделенных фильтрами отдельных участков светового спектра, избирательно влияющих на биохимические реакции, происходящие в различных органах и тканях организма. Как известно, химические элементы, содержащиеся в организме в мизерных количествах – микроэлементы - участвуют в процессах обмена белков, жиров и углеводов, образовании ферментов, гормонов, витаминов и других биологически активных веществ. Поэтому восполнение дефицита и регуляция обмена как макро-, так и микроэлементов в организме являются важнейшими составляющими предупреждения развития и коррекции разнообразных патологических процессов.

Новые возможности профилактики и лечения патологических состояний и заболеваний на основе избирательной чувствительности ряда физиологических и патологических процессов к длине волны воздействующего излучения открылись с разработкой новых технических решений получения линейчатых спектров электромагнитного излучения, характерных для различных химических элементов. Предлагаемая медицинская технология основана на использовании излучателей, катоды которых содержат требуемые химические элементы. Эти излучатели представляют собой лампы полого катода (ЛПК). Современная технология производства ЛПК позволяет получать изделия, излучающие спектры практически любых элементов таблицы Менделеева. При этом могут использоваться как моно-, так и мультиспектральные ЛПК.

Методика спектральной фототерапии (СФТ) представляет собой оригинальный вариант фототерапии с использованием излучателей резонансных линий спектров химических элементов. Низкоэнергетическое излучение с различными спектральными характеристиками, предназначенное для воздействия на кожные рефлексогенные зоны, сочетает в себе принципы современной физиотерапии и рефлексотерапии. Основу лечебно-профилактических и реабилитационных эффектов СФТ составляет её влияние на обмен микроэлементов, которые участвуют во всех биологических процессах. Это обусловливает широкий круг показаний к использованию СФТ. Метод предназначен для применения врачами восстановительной медицины, физиотерапевтами, рефлексотерапевтами, мануальными терапевтами и другими специалистами.

Малая мощность облучения обеспечивает безопасность его использования. СФТ может осуществляться через рефлексогенные зоны кожи (РЗК). Как и в отношении прочих физиотерапевтических воздействий, установлено, что лечебно-профилактическая эффективность СФТ через кожные покровы тела существенно возрастает при воздействии на наиболее активные (болезненные) РЗК, часто соответствующие зонам Захарьина – Геда. Саногенетические эффекты увеличиваются при ещё более локализованных воздействиях - на акупунктурные, или биологически активные точки (БАТ) и меридианы в целом. Преимущества воздействия на БАТ обусловлены тем, что при этом обеспечивается более целенаправленное воздействие на органы и ткани–мишени, повышается биодоступность терапевтического воздействия, а желаемые лечебно-профилактические эффекты развиваются при незначительной интенсивности излучения.

Указанные обстоятельства позволяют отнести СФТ к лечебным факторам малой интенсивности.

Эффективность воздействия СФТ существенно повышается при нанесении на облучаемую поверхность кожи растворов солей тех же химических элементов, которыми обогащён катод излучателя, показанных для использования при данном патологическом состоянии. Проведенные исследования показали, что из нанесенной на кожу смеси растворов солей марганца, меди, натрия и кальция наиболее активный транскутанный перенос (фотофорез) происходил при облучении кожи лампой, катод которой был насыщен одноимёнными химическими элементами. Эти данные подтвердились и в другом исследовании, показавшем, что через 15 минут после облучения ЛПК с линейчатым спектром марганца и меди (ЛПК-Mn,Cu) происходит двукратное увеличение уровня концентрации этих элементов в периферической крови крыс. Предварительная обработка кожи животных растворами солей и последующее облучение ЛПК-K,Na,Ca,Mg и ЛПК-Mn,Cu приводит к увеличению уровня марганца в периферической крови в 17 раз. Очевидное участие фотофореза в наблюдаемых эффектах не исключает и других возможных механизмов развития лечебно-профилактических эффектов СФТ.

В коже присутствуют металлоферменты, активность которых меняется при поглощении ими света резонансных длин волн, характерных для металлов, содержащихся в их структурах. Изменение активности металлоферментов приводит к изменению скорости химических реакций как непосредственно в облучаемой РКЗ, так и в рефлекторно связанных с ней внутренних органах. На примере иммобилизированной глюкозооксидазы показано, что различные типы ЛПК могут специфически активировать ферменты. Например, из 15 исследованных излучателей с разными катодами, только ЛПК со спектром излучения ванадия и кобальта достоверно увеличили скорость глюкозооксидазной реакции. Максимальный эффект воздействия излучения со спектром кобальта достигается в интервале от 30 до 60 секунд.

Зависимость всех физиологических и патофизиологических процессов от обмена химических элементов позволяет рассматривать СФТ как немедикаментозную технологию, целесообразную для профилактики и лечения многих известных патологических состояний и заболеваний. Поэтому внедрение СФТ в практику будет способствовать решению широкого круга

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

актуальных задач современного здравоохранения, относящихся к различным областям клинической медицины, медицинской профилактике, восстановительному лечению и реабилитации. Высокотехнологичный метод СФТ в сочетании с несложной методикой его применения позволяет медицинским работникам быстро пройти необходимую подготовку и использовать его в своей практике. Узкий круг противопоказаний, возможность применения в комплексе с другими методами лечения, неинвазиность и комфортность процедур обеспечивают эффективность использования СФТ в стационарных, амбулаторных, санаторно-курортных и домашних (под контролем врача) условиях.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2013. Volume 3. Issue 1

ID: 2013-01-4011-R-1842 Краткое сообщение

Скворцов В.О.

Традиционная китайская медицина в практике врача-клинициста

ФБУН Саратовский НИИ СГ Роспортебнадзора, г. Саратов

В настоящее время развиваются процессы интеграции знаний и методов традиционной китайской медицины (ТКМ) в современную медицину. Эффективность иглоукалывания, одного из методов лечения в ТКМ, подтверждается рядом серьезных исследований. В мировой научной печати также публикуются результаты исследований об эффективности использования фитопрепаратов, созданных на основе древних рецептов китайской медицины, в составе комплексной терапии различных нозологических форм. Одновременно такая же полноправная часть ТКМ , как китайская диетология до настоящего времени остается малознакомой европейскому врачебному сообществу. Она представляет собой систему профилактического и лечебного питания, основанную на теоретической базе ТКМ: теории Инь-Ян, У-Син, Цзан-Фу, Ци, Крови и жидкостей.

Учитывая, что за последние несколько лет значительно выросло число неинфекционных заболеваний, в развитии которых нарушения питания играют важную роль, становится актуальной проблема оптимизации как рациона здорового питания, так и назначения лечебных диетических рекомендаций.

К таким заболеваниям ВОЗ относит: коронарную болезнь сердца, заболевания сосудов головного мозга, некоторые виды рака, ожирение, неинсулинзависимый сахарный диабет, дивертикулит, геморрой, желчнокаменную болезнь, остеопороз и другие.

ТКМ также рассматривает нарушения питания как фактор развития заболеваний, однако существуют значительные отличия в оценке диетических нарушений и дальнейшего лечения при развитии заболеваний. Так, в ТКМ считается, что одной из причин развития заболеваний при нарушении питания является тот факт, что состав рациона человек современного индустриального общества может иметь химическое загрязнение при производстве, хранении, изготовлении продуктов питания (удобрения, пестициды, консерванты и т.д.). Также в качестве этиологического фактора рассматривается как недостаток питания (у лиц с ограниченным рационом по финансовым причинам, у приверженцев строгих диет, у лиц с нейрогенной анорексией, у вегетарианцев), так и переедание. С точки зрения ТКМ, недостаток питания вызывает Недостаток Ци и Крови и ослабляет функцию Селезенки, что образует порочный круг: слабая Селезенка не в состоянии выделять из пищи питательные вещества. Переедание также ослабляет Селезенку и Желудок, что ведет к скоплению и Сырости и Флегмы, особенно при чрезмерном употреблении легкоусвояемых углеводов.

Согласно теории ТКМ, питание должно обеспечивать нормальную продукцию и движение Ци, Крови и жидкостей, поэтому выбор продуктов питания для обычного рациона или лечения должен быть сбалансирован с учетом конституции индивидуума, сезона и климата, а также имеющихся нарушений в состоянии здоровья, определяющихся диагностическими методами ТКМ. Все продукты питания в китайской диетологии имеют характеристики, определяющие принадлежность к одной из пяти энергий (Огонь, Земля, Металл, Вода, Дерево), к “температурным” характеристикам (горячие, теплые, нейтральный, прохладные и холодные), вкусовым качествам (горькие, сладкие, острые, соленые, кислые), а также по той функциональной системе, на которую они преимущественно влияют (системы органов Цзан-Фу).

Так, например, перец обладает горячей температурой, острым вкусом, соотносится с системой Желудка, Селезенки, Толстой Кишки и Легких, к энергии Металла, согревает средний обогреватель, рассеивает холод, регулирует Ци, устраняет Застой Крови, выводит Флегму, облегчает боль и т.д., может быть использован в составе отвара, порошка или пилюль, применяется при Пустоте Желудка и Селезенки, заболеваниях Желудка и Селезенки, связанных с воздействием Холода, заболеваниях, связанных с застоем Флегмы. С точки зрения современной западной медицины Пустота Желудка и Селезенки проявляется нарушением пищеварения, потерей аппетита, в этом случае молотый перец может быть использован в качестве приправы. При Недостатке Ян Желудка с воздействием Холода появляются боли в эпигастрии, снижение аппетита, предпочтение теплой пищи и слабость конечностей, в этом случае рекомендуется отвар свежемолотого перца с имбирем. При воздействии патогенных факторов Ветра — Холода могут проявляться симптомы острого респираторного заболевания, а также обострения ревматических заболеваний, в этом случае перец может применяться в виде настоя внутрь или наружно. Считается, что применение молотого перца противопоказано при заболеваниях с проявлениями Жара (например, воспаление).

Наш первый опыт применения диетических рекомендаций согласно китайской диетологии, основанный на тех же базовых принципах, что и в ТКМ, показывает возможность его успешного применения и позволяет без дополнительных финансовых затрат оптимизировать лечение различных заболеваний.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

ID: 2013-01-4011-R-1843 Тезис

Филинова Ю.В., Романенко В.Ю.

Возможности гомеосиниатрии в лечении синдрома Костена

Многопрофильная клиника "Сова", г. Саратов
МУЗ ГКБ №9, г. Саратов

Синдром Костена (СК) - миофасциальная боль в околоушной области (как вид головной боли), связанная с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава. Встречаемость синдрома довольно высока, однако незнание и, как следствие, отсутствие диагностики данной патологии влечет неэффективность лечения.

Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (СК) проявляется болью и дисфункцией данного сустава, в основе которой лежит патология зубочелюстной системы. Итогом такой дисфункции является одностороннее жевание как проявление неравномерной нагрузки на сустав. При неврологическом осмотре у больных, страдающих СК, выявляются миофасциальные триггерные точки. Процесс активируется либо при неправильном прикусе, что влечет усиление сократительной активности жевательных мышц, либо при неврозах, сопровождающихся напряжением жевательных мышц и влекущих нарушение регуляции гармоничных движений в суставе. В результате неравномерной нагрузки на сустав в последующем в нем могут развиться органические изменения.

В клинике СК доминирует постоянная односторонняя ноющая боль в околоушно-жевательной области кпереди наружного слухового прохода с иррадиацией в ухо, шею, висок, щеку, подчелюстную область с усилением при открывании рта и жевании. Выявляется ограничение открывания рта со смещением нижней челюсти в сторону, в суставе возникают хруст или щелканье. При пальпации мышц жевательной группы обнаруживают локальные гипертонусы в виде плотных участков мышц, дающих локальную и отраженную боль, а также тризм разной степени выраженности. Пальпацию осуществляют снаружи и изнутри. При этом в зависимости от локализации триггерных точек возникает отраженная боль в нижнюю челюсть, коренные зубы, в верхнюю челюсть, верхние коренные зубы, в надбровье, висок, область височно-нижнечелюстного сустава. Зачастую боль отражается в ухо и сопровождается ощущением шума, при этом слух сохраняется. При локализации триггерных точек в височной мышце боль распространяется в область виска, брови, верхнюю челюсть и височно-нижнечелюстной сустав.

В качестве инструментальной диагностики применяется рентгенография височно-нижнечелюстного сустава. На рентгенограммах при СК не обнаруживаются патологические изменения, в отличие от артроза, острого или хронического артрита, дающих похожий болевой синдром, при которых выявляется склероз и деформация суставных поверхностей, сужение суставной щели.

Общепринятое лечение СК проводится совместно со стоматологами и состоит в коррекции прикуса, протезировании зубов и применении физиотерапии. В целях оптимизации лечения в ряде случаев используется иглорефлексотерапия (в литературе имеются соответствующие данные).

Нами впервые была разработана методика введения гомеопатического препарата "Биодиск" в триггерные зоны и точки акупунктуры у больных СК. В доступной литературе отсутствуют ссылки на использование гомеосиниатрии при данной патологии.

Биодиск – комплексный метаболический гомеопатический препарат с противовоспалительным, противоболевым, противоотечным, хондропротективным, миорелакесирующим и лимфодренажным действием.

Клинический пример. Больная М., 29 лет, жаловалась на прогрессирующую одностороннюю ноющую боль в околоушной жевательной области кпереди от наружного слухового прохода с иррадиацией в ухо, шею (гомолатеральная сторона), височную, поднижнечелюстную область с усилением боли при жевании, зевоте, разговоре, стрессе.

Пациентка находилась на длительном лечении у ЛОР-врача. В течение 2-х лет получала курс антибактериальной, противовоспалительной терапии, физиолечение, но состояние оставалось без динамики. Больная сообщила о том, что периодически у нее наступало кратковременное спонтанное облегчение. Местная болезненность усиливалась при изменении внешней температуры (тепло/холод). Боли у нее появились после вторых родов. Ребенок был беспокойный, плохо спал; приходилось его укачивать всю ночь.

При осмотре состояние удовлетворительное, контактна; при пальпации мышц жевательной области прощупывается местный гипертонус в виде плотных участков мышц, дающих локальную отраженную боль в височную область и в область шеи гомолатерально.

Было проведено комплексное лечение: витаминотерапия, сосудистая терапия, гомеосиниатрия, введение в триггерные зоны препарата "Биодиск", лечебная гимнастика, самомассаж. Положительная динамика была получена на третьем сеансе в виде уменьшения интенсивности боли, но характер боли сохранялся. На 5-6 сеансе боли во время зевоты и жевания возникали не всегда. Значительно снизилась интенсивность боли, изменилась локализация - боль стала более "размытой". На 7-8 сеансе боли возникали редко, без иррадиации в ухо, висок. На 10 сеансе боли не отмечала. Рекомендован повторный курс через 3-4 месяца.

Учитывая полученные результаты, считаем предложенную терапию перспективным методом лечения синдрома Костена.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2013. Volume 3. Issue 1

ID: 2013-01-4013-A-1844 Краткое сообщение

Французов А.С.

Иглоукалывание в профилактике прогрессирования и восстановительном лечении пациентов с миопией

НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Саратов-2», г. Саратов

Актуальность проблемы

Проблема предупреждения прогрессирования и лечения миопии продолжает оставаться одной из важнейших в восстановительной офтальмологии, так как «осложненная миопия является одной из основных причин слабовидения, слепоты и инвалидности по зрению» (Аветисов Э.С., 2002; Либман Е.С., 2006; Тарутта Е.П., 2006).

Лечение пациентов с близорукостью в рамках восстановительной медицины должно быть направлено на использование преимущественно физических методов воздействия, направленных на повышение функциональных резервов здоровья человека, позволяющих эффективно повысить зрительную работоспособность, качество зрительного восприятия и качество жизни пациента, «в том числе в условиях учреждений не столько офтальмологической, сколько восстановительной направленности» (Разумов А.Н., Овечкин И.Г., Арутюнова О.В., 2006).

Всем этим критериям полностью соответствует акупунктура. Кроме того она не обладает вредными побочными эффектами и не требует больших материальных затрат, что немаловажно для современного российского здравоохранения.

Цель исследования - разработка оптимальной схемы применения рефлексотерапии в коррекции клинико-функциональных показателей у пациентов с близорукостью, направленной на улучшение функционального состояния зрительного анализатора и вторичную профилактику миопии.

Материал и методы

В исследовании приняло участие 128 человек (256 глаз), из которых 73 (57,0%) женщин и 55 (43,0%) мужчины в возрасте от 12 до 50 лет с миопией различной степени. В зависимости от проводимых методов коррекции миопии все пациенты были разделены на три группы: основную, группу сравнения и контрольную группу. Комплексное обследование включало применение классических офтальмологических методов исследования, а также ультразвуковую эхоофтальмографию и допплерографию с цветовым картированием (триплексное сканирование) сосудов глаза и проведение анкетирования, направленного на оценку субъективной выраженности синдрома зрительной астенопии.

В первой группе (группе сравнения), коррекция миопии проводилась с применением корпорально-аурикулярной техники рефлексотерапии курсами по 10 процедур на фоне базисной коррекции миопии.

Во второй (основной) группе в качестве коррекции миопии проводилось комплексное применение корпорально-аурикулярной рефлексотерапевтической техники и поверхностного иглоукалывания курсом из 10 сеансов, проводимых так же на фоне базисной коррекции миопии.

Контрольной группе в качестве коррекции была проведена только базисная коррекция миопии, включавшая витаминотерапию на фоне самостоятельного проведения упражнений, направленных на стимуляцию аккомодации и закапывания 2,5% раствора ирифрина на ночь в течение 14 дней.

Результаты

Анализ клинико-функциональных показателей глаза у пациентов различных групп показал, что непосредственно после проведенного лечения острота зрения с коррекцией и без оптической коррекции достоверно увеличилась во всех группах ($p<0,05$), и оставалась существенно повышенной по сравнению с исходными данными через 1 мес. Через 3 месяца повышение данных показателей было отмечено только в I и II группе ($p<0,05$). Через 6 мес. – только в основной группе по двум показателям, а через 12 мес. – только в основной группе по показателю остроты зрения без оптической коррекции.

Стабилизации миопии удалось добиться в 1-й группе в 39,4% случаев, во 2-й группе в 44,8% случаев, в контрольной группе в 19,5% случаев. Через 12 месяцев после лечения количество пациентов со стабильной миопией в основной группе превышало соответствующее количество в группе сравнения в 1,3 раза, а в контрольной группе – в 2,3 раза.

Анализ показателей кровотока глаза у пациентов основной группы показал существенное увеличение показателей максимальной систолической скорости кровотока в глазничной артерии (ГА), центральной артерии сетчатки (ЦАС) и задних длинных цилиарных артериях (ЗДЦА) непосредственно после курсов рефлексотерапии, сохранявшееся в течение 12 мес. после проведенного лечения. В группе сравнения значимое улучшение показателей кровотока наблюдалось только в ЦАС и ЗДЦА сразу после лечения на 18% и через 6 месяцев на 11%. В контрольной группе улучшение показателей кровотока было незначительным. Показатели вазорезистентности во всех группах оставались без изменений, что говорит о стабильности сосудистого тонуса на фоне существенного улучшения кровоснабжения оболочек глаза.

До начала лечения в 83% случаев у пациентов с миопией различной степени был выявлен спазм артерий Виллизиевого круга, а так же экстравазальное влияние на позвоночные артерии в костном канале (сегмент V2) в 42% случаях, на уровне петли атланта (сегмент V3) в 37% наблюдениях. После проведения комплексной методики рефлексотерапии в 80% случаях исчезло или уменьшилось экстравазальное влияние на позвоночные артерии в сегменте V3 , во всех наблюдениях у пациентов с признаками спазма артерий Виллизиевого круга отмечено снижение линейной скорости кровотока в артериях, в том числе в 79% случаев, до нормальных значений.

После курса лечения снижение выраженности астенопии отмечено во всех группах. Отсутствовали жалобы в контрольной группе в 25% случаев, в группе сравнения – в 58% и в основной – в 65% случаев. При этом в основной группе существенно возросла и оставалась выше исходных значений до 12 месяцев зрительная продуктивность.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

Выводы

Результаты исследований свидетельствуют о том, что комплексная методика лечения миопии, включающая применение корпорально-аурикулярной акупунктуры и поверхностного иглоукалывания позволяет повысить остроту зрения за счёт улучшения работы рефракционно-аккомодационного аппарата глаза и улучшения кровообращения в сосудах глазного яблока и головного мозга, существенно снижает выраженность астенопии, значительно превосходя по эффективности изолированное применение корпорально-аурикулярной методики и общепринятых методов коррекции миопии. Она также в значительном числе случаев позволяет стабилизировать течение миопии.

Данная методика рефлексотерапии может быть использована в широкой практике для лечения миопии различных степеней, как для улучшения функциональных резервов, так и для предотвращения дистрофических изменений тканей глаз.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2013. Volume 3. Issue 1

Новые технологии

ID: 2013-01-977-A-1845 Краткое сообщение

Козлов М.В., Козлов В.И.

Применение информационного копирования и частотной обработки для повышения октанового числа бензина (экспериментальная работа)

Гомеопатический центр «Авена», г. Энгельс

Актуальность проблемы: Общеизвестно, что качество топлива на наших заправках до сих пор оставляет желать лучшего. Это приводит к снижению ресурса двигателя автомобиля (выходу из строя катализаторов выхлопа, клапанной группы, шатунно-поршневой группы), повышенному расходу топлива и отравлению окружающей среды продуктами неполного сгорания. Наличие большого количества воды приводит к перемерзанию топливных магистралей в мороз. Существующие методы повышения октанового числа с помощью добавления жидкостей на основе лигроина, изопропилового спирта приводит к ещё большему выбросу токсичных продуктов в атмосферу.

Цель исследования: Разработать метод повышения октанового числа бензина, который позволил бы сделать автомобиль экологичнее и при этом не вмешиваться в настройки двигателя и не использовать химических веществ. Также было интересно проверить информационные воздействия на неживых системах, дабы опровергнуть миф о том, что эффект гомеопатии и биорезонансных воздействий основан на внушении.

Материалы и методы исследования: В качестве лабораторной установки был использован автомобиль ВАЗ-21099 с двигателем 1,3 л (64 лс). Были внесены небольшие изменения в топливный тракт – обратный топливный шланг проходил через индукционную катушку, подключенную к частотному генератору, устроенному на принципе Р. Фолля. Штатная пробка бензобака была заменена на компактное устройство энергоинформационного переноса, основанное на принципе Фалька-Ашоффа (патент ФРГ 1988 г). В чашку номер 1 помещался образец эталонного бензина, приобретённого на заправке от Сызранского нефтеперегонного завода. Второй чашкой служил сам бензобак. Таким образом, характеристика эталонного бензина переносилась на находящийся в бензобаке с коэффициентом 1:1, а, кроме того, он дополнительно обрабатывался электромагнитными колебаниями на частотах 8, 64, 128 Гц. В качестве обрабатываемого топлива использовался бензин Аи-92 производства ТНК-ВР. В качестве метода измерений использовались замеры времени прохождения эталонной трассы, в качестве которой был выбран участок протяжённого подъёма по ул. Новоузенская длиной 2,5 км. Угол опережения зажигания был установлен на -4^{o} при помощи стробоскопа. Больше никакие настройки двигателя не менялись.

Результаты и их обсуждение: Выбор в качестве тестовой трассы именно протяжённого подъёма был связан с тем, что в таком режиме требуется максимальная мощность и при этом не нужно нарушать скоростной режим. Трасса проходилась с максимальной скоростью, которую позволяла мощность двигателя и безопасность движения. Условия – день, ясно, сухое дорожное покрытие. Резина – Cordiant Sport. Автомобиль был полностью разгружен.

Время прохождения трассы на эталонном бензине Аи-95 (производства Сызрань) составило 2 мин 38 с. На бензине Аи-92 ТНК ВР без обработки – 2 мин 53 с. Аи-92 с обработкой только индукционным методом – 2 мин 43 с. С обработкой только информационным копированием – 2 мин 45 с. Сочетанная обработка индукционным методом позволила сократить время до 2 мин 40 с. Переход с 8 Гц на 128 Гц позволил отыграть ещё 2 секунды – и достигнуть того же времени, что и с эталонным топливом 2 мин 38 с.

Таким образом применение только одного из методов обработки хоть и повышает эффективность сгорания, но не позволяет добиться максимального результата, что, по-видимому связано с тем, что при информационном копировании требуется длительная обработка (около суток), а при индукционной обработке эффект наступает быстро, но довольно быстро и исчезает при прекращении обработки (на стоянке). Поэтому наиболее оптимальной является схема сочетания методов воздействия.

Тест на экономичность проводился на участках трассы Сызрань-Саратов и М5 (Урал) общей длиной 500 км. Режим движения – средняя скорость ~ 80 км/ч. Без обработки средний расход топлива составил 7,5 л/100 км, с обработкой – 6,5 л/100 км. При этом заметно возросла динамика набора скорости.

Полученные в ходе эксперимента данные позволяют говорить не только об улучшении свойств бензина, но и повышении экономичности, по крайней мере, на 13,5%. Срок эксплуатации системы обработки топлива составил 1 год. Данные обследования двигателя по прошествии этого срока показали, что состояние клапанной и поршневой групп осталось прежним. Таким образом, этот способ обработки (в отличие от химических смесей) не приводит к ускорению износа мотора. При этом удалось избавиться от перемерзания топливного тракта в сильные морозы.

Возможное объяснение эффекта – бензин без воды не горит (вода является катализатором реакции горения). Небольшое количество воды, содержащееся в горючем, подвергается структурированию при обработке. Молекулы воды, выстроенные в кластеры, более эффективно катализируют сгорание, а кроме того, понижается температура замерзания структурированной воды.

Выводы:

1) Способ информационной обработки позволяет увеличить октановое число, по крайней мере, на 3 единицы.

2) Этот способ позволяет значительно экономить горючее и не увеличивает износа деталей двигателя.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013

3) Информационное воздействие работает и на неживых системах, что открывает значительный простор для развития техники, а главное – альтернативную возможность признания гомеопатии и биорезонасной медицины научным миром.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2013.

Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150)
2013. Volume 3. Issue 1

ID: 2013-01-3930-R-1846 Краткое сообщение

Синицын Н.И., Ёлкин В.А., Бецкий О.В.

Принципиальная роль состояния структуры водосодержащей среды биотканей в современных биомедицинских радиоэлектронных нанотехнологиях миллиметрового и терагерцового диапазонов и развитии новых принципов технологий будущего

ФГБУН Институт радиотехники и электроники им. В.А. Котельникова Российской академии наук, Саратовский филиал, г. Саратов

Изучение особенностей взаимодействия электромагнитных волн с живыми системами и возможностей их практического использования относится к области одних из наиболее важных и перспективных направлений современного естествознания. При этом большой интерес в проводимых исследованиях представляют электромагнитные волны миллиметрового и терагерцового диапазонов. Миллиметровые или крайне высокочастотные (КВЧ) и терагерцовые электромагнитные излучения низкой интенсивности (ЭМИ) благодаря ряду совершенно необычных и уникальных особенностей их взаимодействия с биологическими объектами широко используются в настоящее время в медицине и биологии. Но, хотя миллиметровая или КВЧ медицина уже состоялась и продолжает развиваться, полной ясности в её понимании нет вплоть до настоящего времени.

В наши дни по многим сложным вопросам взаимодействия ЭМИ с живыми системами приходит ясность. В то же время по ряду из них требуется более глубокое понимание. И среди открытых вопросов одним из особенно важных, основополагающих и принципиальных, как удалось в последние годы обнаружить авторам, бесспорно, оказывается вопрос об особой роли структуризации водосодержащей среды в биосистемах в современных биомедицинских радиоэлектронных технологиях, использующих ЭМИ. Сказанное относится, естественно, и к технологиям будущего. При этом, прежде всего, следует особо подчеркнуть, что, как это не парадоксально, вплоть до последнего времени данный вопрос, несмотря на всю его принципиальную значимость, не ставился на повестку дня. И это не случайно и объясняется, наряду со сложностью и не очевидностью самого вопроса, двумя обстоятельствами. Во-первых, у исследователей, работающих в области миллиметровой и терагерцовой медицины, основные усилия были практически полностью направлены на выявление и анализ результатов воздействия низкоинтенсивного электромагнитного излучения миллиметрового и терагерцового диапазона на живые структуры, которые проводились традиционными методами лишь только по прошествии определенного времени на основе обработки данных клинических наблюдений. А во-вторых, при попытке исследовать влияние структуризации водной среды в живых системах на её взаимодействие с ЭМИ, прежде всего, должны были быть разработаны специальные невозмущающие радиоэлектронные методы анализа состояния структуры водной среды и создана соответствующая высокочувствительная радиоэлектронная аппаратура. И эта задача уже сама по себе являлась самостоятельной и достаточно сложной проблемой в радиофизике как в научном, так и техническом плане.

Особая роль структуризации водосодержащей среды в биосистемах при взаимодействии с ЭМИ впервые была обнаружена в работе авторов. Этому предшествовало сделанное авторами открытие явления генерации электрической энергии тонким водосодержащим слоем, связанное со структуризацией водной среды при её контакте с внешними нанонеоднородными материалами.

Авторы экспериментально обнаружили, что при взаимодействии ЭМИ с водной средой определяющую роль в появлении особенностей этого взаимодействия, которые приводят, в частности, к появлению в живых системах биологических эффектов, лежащих в основе биомедицинских технологий, играет структуризация водной среды за счет действия внешних факторов. А также изучили особенности перехода водных сред под действием внешних факторов из одного состояния в другое. В том числе определили время этих переходов. Было установлено, что структуризация водной среды должна иметь место в момент её взаимодействия с ЭМИ. Причем, если водная среда не структурирована, то, как показали проведенные авторами эксперименты, при её взаимодействии с ЭМИ никаких особенностей в изменении структуры самой водной среды не наблюдается. Происходит лишь обычный тепловой нагрев водной среды. Этот чрезвычайно важный фундаментальный вывод лежит в основе работы, развития и совершенствования как современных биомедицинских технологий, так и технологий будущего. Полученные результаты способствуют не только дальнейшему, но принципиально новому и более глубокому пониманию механизма, особенностей и возможностей миллиметровой и терагерцовой медицины.

В докладе обсуждается экспериментально обнаруженная доминирующая роль структуризации водосодержащей среды в биотканях при её взаимодействии с ЭМИ в современных радиоэлектронных биомедицинских нанотехнологиях миллиметрового и терагерцового диапазонов и технологиях будущего. Установлена частотная зависимость этого взаимодействия и зависимость его эффективности от структуры нанонеоднородной поверхности материала, структурирующего водосодержащую среду.

Сделан первый шаг к научному объяснению основ контактной кристаллотерапии. Рассматривается возможность совместного использования методов КВЧ терапии и кристаллотерапии, и делается вывод о перспективности такого подхода. Подтверждается реальность рождения принципиально нового направления в биомедицинских радиоэлектронных технологиях – миллиметровой и терагерцовой наноструктурной медицины именно как нанотехнологии будущего. Эти нанотехнологии могут использовать существующие и развиваемые подходы миллиметровой и терагерцовой медицины, в том числе и в сочетании с особенностями и возможностями структуризации водосодержащих сред в живых тканях от их контакта с живыми структурами, природными минералами или искусственными материалами. Такими материалами могут быть также наноструктурные объекты, доставляемые в живые органы в виде живых наноструктур, нанокапсул, наноконтейнеров и лечебных препаратов.

Обнаруженные эффекты структуризации водосодержащей среды в живых системах открывают перспективы построения на новых принципах высокоэффективной диагностики и терапии различных патологий, включая тяжелые заболевания. Они могут оказаться также принципиально важными при обсуждении вопроса о природе механизма биосовместимости живых и неживых элементов, путей и технологий создания биосовместимых структур.

 © Bulletin of Medical Internet Conferences, 2013